



**Karolinska
Institutet**

IMM, Institutet för Miljömedicin

Magisterprogrammet i arbete och hälsa, inriktning ergonomi

Huvudämnet arbete och hälsa

Examensarbete, 15 högskolepoäng

Vårterminen 2015

Den försäkrades upplevelser av utvidgad aktivitetsförmågeutredning

En intervjustudie vid en försäkringsmedicinsk enhet med utgångspunkt i den försäkrades perspektiv

Författare: Maarika Kokermäa

Handledare: Christian Ståhl, Fil Dr, Linköpings Universitet

Examinator: Teresia Nyman, Med Dr, Leg. Sjukgymnast, Karolinska Institutet



**Karolinska
Institutet**

IMM, Institutet för Miljömedicin

Magisterprogrammet i arbete och hälsa, inriktning ergonomi

Huvudämne: Arbete och hälsa

Examensarbete, 15 högskolepoäng

Vårterminen 2015

Den försäkrades upplevelser av utvidgad aktivitetsförmågeutredning

Sammanfattning

Introduktion: Arbetet är i allmänhet bra för människans hälsa och välbefinnande. Att drabbas av ohälsa medför livsförändringar och sjukskrivningen är då en viktig förmån. Nya sjukförsäkringsregler innebär ökade krav på tidig bedömning av arbetsförmågan och en rättssäker sjukskrivningsprocess kräver medicinska underlag av god kvalitet. Inom detta uppdrag har Försäkringskassan utvecklat modellen Aktivitetsförmågeutredning (AFU) för att bedöma medicinska förutsättningar för arbete hos personer som har varit sjukskrivna i 180 dagar. Detta utsätter den försäkrade för flera bedömningsprocesser inför olika bedömare.

Syfte: Att undersöka och få mer kunskap om den försäkrades upplevelser av utvidgad aktivitetsförmågeutredning.

Metod: Kvalitativ forskningsmetod med semistrukturerade intervjuer. Sju försäkrade som genomgick AFU intervjuades och innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) användes.

Resultat: Fyra manifesta kategorier kunde urskiljas; *”aktivitetsförmågeutredning som arena för bemötande”*, *”skapandet av allians, grunden till ett lyckat utredningsarbete”*, *”upplevelser av utvidgade bedömningsinsatser”* och *”den försäkrades syn på återgång till arbete”*.

Konklusioner: Bemötandet upplevdes som positivt i sin helhet men viss osäkerhet förekom gällande utlåtandets rättvishet samt inför återgång i arbete. Det behövs mer forskning där den försäkrades och utredares upplevelser speglas för att få helhetssyn på hur mötena formas och vart utredningarna leder i relation till återgång i arbete. Att lägga större vikt vid aktivitetsförmågan än begränsningar, skulle öka den försäkrades egenmakt och självförtroende, men för detta krävs ytterligare utveckling av metoden.



**Karolinska
Institutet**

IMM, Institute of Environmental Medicine

Master's Programme in Work and Health, Ergonomics

Main field of study: Work and Health

Degree project, 15 credits

Spring 2015

Clients' Experience of Expanded Investigation of Activity Ability

Abstract

Introduction: Work is generally good for the health and well-being of people of all societies. Being stricken with illness causes changes in life and sick-leave compensation is an important benefit. New health insurance regulations place increased demands for early assessment of a client's ability to work, and legally secure illness evaluation processes must be based upon medical data of good quality. Within this assignment the Swedish Social Insurance Department has developed the model "Investigation of Activity Ability" (AFU) for assessment of medical requirements for work regarding persons who have been on sick-leave for 180 days. This exposes the client to several assessment processes by different professionals.

Purpose: To investigate and acquire more knowledge about clients' experience of Expanded Investigation of Activity Ability.

Method: A qualitative method of research with semi-structured interviews. Seven clients who underwent AFU were interviewed and content analysis procedures followed Granheim and Lundman (2004).

Results: Four manifest categories could be discerned: *"investigation of activity ability as an arena for the communicative approach"*, *"establishing alliance, the basis for successful investigative work"*, *"experiences of expanded investigation resources"* and *"clients' views on returning to work"*.

Conclusions: The communicative approach was experienced as positive on the whole, but there was some uncertainty regarding the fairness of the assessment report conclusions as well about returning to work. More research is needed, taking into account both the experiences of clients and professionals in order to gain the best overview of how the meetings are formed and the consequences of the investigations regarding return to work. To put greater emphasis on activity ability than limitations, would increase the insured's empowerment and confidence, but additional development of the method is needed.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	1
2	BAKGRUND.....	2
	2.1 Sjukförsäkringens utveckling.....	2
	2.1.1 Sjustegsmodellen introduceras.....	2
	2.1.2 Rehabiliteringskedjan utvecklas.....	2
	2.1.3 Framtiden.....	3
	2.2 Begreppsdefinitioner.....	3
	2.2.1 Arbetsförmåga.....	3
	2.2.2 Aktivitetsförmåga.....	4
	2.2.3 Arbetsförmåga och aktivitetsförmåga ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv.....	5
	2.2.4 Aktivitetsförmågeutredning.....	5
	2.3 Svensk forskning om patienters upplevelser av möten med försäkringskasse- och vårdpersonal.....	8
	2.4 Problemformulering.....	10
3	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	11
4	MATERIAL OCH METOD.....	11
	4.1 Design.....	11
	4.2 Urval.....	11
	4.3 Datainsamling.....	13
	4.4 Databearbetning.....	14
	4.5 Etiska överväganden.....	16
5	RESULTAT.....	17
	5.1 Aktivitetsförmågeutredning som arena för bemötande.....	18
	5.1.1 Upplevelser av positivt bemötande av utredarna.....	18
	5.1.2 Erfarenheter av utredarnas granskande attityd.....	18
	5.2 Skapandet av allians, grunden till ett lyckat utredningsarbete.....	19
	5.2.1 Kommunikation.....	20
	5.2.2 Läkarens engagemang.....	21
	5.3 Upplevelser av utvidgade bedömningsinsatser.....	21
	5.3.1 Pedagogisk förhållningssätt.....	21
	5.3.2 Uppfattningar om testsituationen.....	22
	5.3.3 Bedömningens rättvishet.....	24
	5.4. Den försäkrades syn på återgång till arbete.....	24
	5.4.1 Motivation till att arbeta.....	25
	5.4.2 Egen bedömning av arbetsförmåga.....	25
	5.4.3 Osäkerhet inför framtiden.....	26
6	DISKUSSION.....	27
	6.1 Resultatdiskussion.....	27
	6.2. Metoddiskussion.....	36
	6.3. Konklusion.....	39
7	TILLKÄNNAGIVANDE.....	40
8	REFERENSER.....	41
	BILAGA 1 MISSIVBREV.....	46
	BILAGA 2 INFORMATIONSBREV.....	47
	BILAGA 3 SAMTYCKE.....	48
	BILAGA 4 INTERVJUGUIDE.....	49
	BILAGA 5 EXEMPEL PÅ INNEHÅLLSANALYS.....	50

1 INLEDNING

I grunden vill de flesta människor försörja sig själva. Man strävar efter ett arbete för att få känna sig som en behövd, fullvärdig och aktiv samhällsmedlem. Att vara i arbete är i allmänhet bra för människans fysiska och psykiska hälsa och välbefinnande, både för friska människor och de flesta människor med hälsoproblem (Waddell & Burton, 2006). Arbetet kan hjälpa individen återhämta sig från sjukdom och minska risken för långvarig arbetsförmåga. Arbetet är en arena för social interaktion och relationer; det ger identitet, känsla av samhörighet och frihet att forma sitt liv (Kielhofner, 2008).

Att drabbas av sjukdom eller skada medför förändringar i privat- och arbetsliv. Sjukskrivningen är då en viktig förmån, både psykologiskt och ekonomiskt. Det är Försäkringskassan som bedömer i vilken omfattning arbetsförmåga föreligger och därmed rätten till ersättning från sjukförsäkringen. Som samhällsmedlemmar vill vi känna oss trygga och rättssäkra inför myndigheternas beslut. För att utveckla bedömningskvaliteten och öka rättssäkerheten behöver Försäkringskassan en helhetsbild av hur sjukdomen påverkar aktivitetsförmågan arbetsmarknaden (SOU 2009:89).

Den 1 juli 2008 infördes nya sjukförsäkringsregler som innebär ökade krav på tidig bedömning av arbetsförmågan. Efter tre månader utreds om den försäkrade kan gå tillbaka till sitt gamla jobb eller ta nya arbetsuppgifter. Efter sex månader prövas arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden (Försäkringskassan, 2013a).

En rättssäker sjukskrivningsprocess kräver medicinska underlag av god kvalitet (Försäkringskassan, 2013a). Aktivitetsförmågeutredning (AFU) är en pilotverksamhet som påbörjades 2012, projektiden har förlängts under åren och pågår nu också under 2015. Metoden används för att utreda förutsättningar för aktivitet. Den ska tillgodose Försäkringskassans behov av fördjupade medicinska underlag för beslut vid bedömning av arbetsförmåga i relation till normalt förekommande arbete från och med 180 dagars sjukskrivning. Några av ambitionerna med det projektet är att skapa en mer rättssäker och likformig bedömningsprocess samt att öka den försäkrades delaktighet och förståelse för de beslut som fattas (Försäkringskassan, 2013a).

Som försäkrad kan man bli utsatt för flera bedömningsprocesser inför olika bedömare. Med den här studien vill författaren uppmärksamma de försäkrades upplevelser under utredningstillfällena.

2 BAKGRUND

2.1 Sjukförsäkringens utveckling

Sjukskrivningar är ett samhällsproblem som diskuterats länge och olika aktörers ansvar i sjukskrivningsprocessen har betonats varierande under olika perioder (Järvholm, Karlsson, & Mannelqvist, 2009).

2.1.1 Sjustegsmodellen introduceras

En renodling av sjukförsäkringen genomförs år 1997 (Mannelqvist, 2012). Genom en systematiserad arbetsförmågebedömning ska endast medicinska orsaker till nedsatt arbetsförmåga beaktas samt förmågan bedömas i förhållande till visst arbete eller vissa arbetsuppgifter. Den så kallade ”sjustegsmodellen” utarbetas med hänsyn till rehabiliteringsmöjligheter (Järvholm, et al., 2009). I de första fyra stegen görs bedömningen i förhållande till ett visst arbete hos arbetsgivaren. Om anställning saknas eller arbetsgivaren inte kan erbjuda andra arbetsuppgifter, bedöms arbetsförmågan i steg fem och sex gentemot normalt förekommande arbetsmarknad. I det sjunde steget ska arbetsförmågan prövas gentemot sjukersättning, rätten till den kräver en nedsättning av förmågan under minst ett år. Som huvudregel har bedömningen en medicinsk grund, men vid särskilda skäl finns möjlighet att utföra en rimlighetsbedömning, där ålderskriteriet väger tyngst (Järvholm, et al., 2009).

2.1.2 Rehabiliteringskedjan utvecklas

Den 1 juli 2008 införs nya sjukförsäkringsregler, där individen kommer alltmer i centrum. Enligt regeringens proposition: ”bör den försäkrade ta ett större ansvar än hittills för att ta till vara sin arbetsförmåga och ta egna initiativ för att kunna återgå i arbete” (Socialdepartementet, 2008). Det används också ekonomiska styrmedel för att motivera den försäkrade att återgå i arbete; exempelvis sänks ersättningen om den förlängs efter ett år; en maxgräns införs för hur många dagar man kan få sjukpenning (Järvholm, et al., 2009). Försäkringskassan bedömer den försäkrades rätt till sjukpenning utifrån bedömningsmodellen ”Rehabiliteringskedjan”, som regleras i Socialförsäkringsbalken (Socialdepartementet, 2010). Rehabiliteringskedjan baseras på den tidigare ”sjustegsmodellen”. Bedömningsgrunden för rätt till sjukersättning ändras i takt med att sjukskrivningen passerar de olika fasta tidpunkterna på 90, 180 och 365 dagar. Utgångspunkten är att alla har någon form av arbetsförmåga (Socialdepartementet, 2008). Under de första 180 dagarna bedöms arbetsförmågan gentemot den försäkrades vanliga arbete eller ett annat tillfälligt arbete hos arbetsgivaren (Försäkringskassan, 2015). Prövningen efter 180 dagar ska göras mot normalt förekommande arbete om det inte finns sannolikhet att den försäkrade kommer att återgå i arbete hos arbetsgivaren inom kort, så kallade särskilda skäl. Efter 365 dagar prövas den försäkrades arbetsförmåga alltid mot hela arbetsmarknaden. Oavsett om särskilda skäl föreligger, har personliga omständigheter som ålder, utbildning och bostadsförhållanden inte betydelse vid bedömning av arbetsförmågan (Försäkringskassan, 2015).

2.1.3 Framtiden

Efter en kraftig uppgång i inledningen av 2000-talet har sjukfrånvaron under de senaste åren minskat och var lägst i november 2013, därefter har det skett en svag ökning igen (Försäkringskassan, 2014a). Att många personer med hälsorelaterade problem står utanför arbetsmarknaden är ur ett mänskligt perspektiv en otillfredsställande situation, samtidigt som den påverkar den framtida ekonomiska utvecklingen och tryggheten (Mannelqvist, 2012). När medborgarna inte längre kan lita på det skattefinansierade systemet, växer behovet av kompletterande försäkringar (Järvholm, Mannelqvist, Olofsson, & Torén, 2013). Alla vi har rätt, men också skyldighet, att bidra till arbetslivet efter förmåga, men även samhället bär en del av ansvaret. Förutsättningen för försäkringens hållbarhet är att alla som kan jobba också gör det. Därför behövs det större möjligheter till individuellt anpassat stöd för att öka förutsättningarna vid återgång till arbete; det måste också finnas arbete att komma tillbaka till (Järvholm et al., 2013).

Studier av tidsgränser i rehabiliteringskedjan visar att effekten av dessa på sjukfall längre än ett år är begränsad för de sjukskrivna med anställning, medan tidsgränserna dess för innan har en viss dämpande effekt. Arbetslösas sjukskrivningars varaktighet har däremot kraftigt ökat och anses hänga samman med en förändrad sammansättning av arbetslösheten (Försäkringskassan, 2014a).

Det sker en uppgång i sjukfrånvaron, dock håller rehabiliteringskedjan tillbaka den aktuella ökningen i sjukfrånvaron samtidigt som nybeviljandet av sjukersättning är lågt. Dess komplettering med ergonomiska förebyggande insatser på arbetsplatser skulle ge en förutsättning för stabilare utveckling av sjukfrånvaron. En central roll ligger på arbetsgivarna, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Arbetsgivarnas försiktighet att anställa personer med ohälsa bör förändras (Försäkringskassan, 2014b).

Det krävs mer kunskap och åtgärder för att begränsa behovet av sjukskrivning. Samt behövs det framgångar för rymligare arbetsmarknad med större möjligheter för människor med varierande arbetsförmåga (Försäkringskassan, 2014b).

2.2 Begreppsdefinitioner

2.2.1 Arbetsförmåga

Begreppet arbetsförmåga är aktuellt i samhället, såväl politiskt, i sjukförsäkringssammanhang som för den enskilde, men det föreligger ingen entydig definition (Ludvigsson, Svensson & Alexandersson, 2006).

En genomgång (Lederer, Loisel, Rivard, & Chamoagne, 2013) av publicerade arbetsförmågedefinitioner leder till slutsatsen att den vetenskapliga litteraturen inte återspeglar en integrerad syn på arbetsförmåga. Med några få undantag tycks det råda enighet om att

arbetsförmåga är ett relationskoncept, som innefattar interaktion av flera dimensioner. Jämfört med den avgörande fysiska dimensionen är organisatoriska dimensioner, som arbetsmiljö och krav på arbetet, endast vagt nämnda. Det finns en brist på diskussion om vad som utgör kontextuella områden, såsom försäkringssystem, klinisk vård eller familjens inställning. Dimensionerna påverkar varandra, och konceptualiseringen av begreppet arbetsförmåga tycks ha blivit mer dynamisk över tiden. Samtidigt finns det inte mycket enighet om hur man bör förstå sammanhangen på samhällsnivån. Det sätt på vilket man definierar arbetsförmågan har viktiga implikationer för forskning, ersättning och rehabilitering (Lederer, et al., 2013)

I en annan litteraturgenomgång har Ludvigsson et al. (2006) kommit fram till att arbetsförmågan beskrivs i samstämmighet utifrån tre grundläggande dimensioner: den fysiska, den psykiska och den sociala. Med fysisk dimension avses den fysiska arbetskapaciteten. I den psykiska dimensionen lyfter författarna fram den psykiska och mentala kapaciteten samt subjektiva hälsoupplevelser, upplevelser av trygghet, självsäkerhet och stresshantering. Social dimension kopplas till arbetsförmåga genom social aktivitet och beteende på arbetsplatsen. Olika utgångspunkter har inverkan på förståelsen av begreppet och kan påverka förhållningssättet. Tolkningen av arbetsförmågebegreppet varierar mycket över tid och mellan olika bedömare, vilket äventyrar rättsäkerheten (Ludvigsson, et al., 2006).

Arbetsförmågebegreppet kan ses utifrån olika perspektiv (Mannelqvist, 2012). Ur ett individperspektiv kan arbetsförmåga handla om individens möjlighet att utföra en särskild arbetsuppgift under vissa förhållanden på viss arbetstid och är starkt kopplad till den egna försörjningen. De medicinska professionernas perspektiv på arbetsförmåga är kopplat till individen och personens aktuella hälsoläge. Om man utgår från samhället, kan arbetsförmåga beskrivas som samhällets behov i förhållande till individens förutsättningar eller krav (Mannelqvist, 2012).

Sammanfattningsvis finns det inte ett neutralt perspektiv på begreppet arbetsförmåga och konceptet är ofta variabelt och odefinierat. Detta har inverkan på tillämpningen i sjukförsäkring och försvårar tolkningen av forskningsresultat (Lederer, et al., 2013; Ludvigsson, et al., 2006). Det finns stort behov av tydligare definitioner, också med avseende på behovet att kunna bedöma arbetsförmåga (Ludvigsson, et al., 2006).

2.2.2 Aktivitetsförmåga

Kielhofner (2008) definierar aktivitetsförmåga som upprätthållande av ett aktivitetsmönster som är produktivt och tillfredställande för klienten. Vidare klargör han att aktivitetsförmåga är resultatet av interaktion i den miljö som personen befinner sig i tillsammans med personliga egenskaper såsom vilja, vanor, utförandekapacitet och skicklighet. Aktivitetsförmågan handlar om vilka vanor och vilken kapacitet personen har för att utföra aktiviteten, hur man organiserar för genomförandet av aktiviteten och hur väl individen kan utföra de målinriktade handlingar som aktiviteten kräver (Kielhofner, 2008).

I enlighet med Kielhofner (2008) definierar Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2005) aktivitetsförmåga som människans förmåga att utföra de uppgifter hon vill och behöver genomföra i syfte att tillfredställa behov och uppnå vitala livsmål.

2.2.3 Arbetsförmåga och aktivitetsförmåga ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv

Från Försäkringskassans perspektiv är syftet med definitionen av arbetsförmåga att hitta objektiva kriterier för att bedöma arbetsförmågan på ett sätt som är enhetligt och gäller för alla samhällets medborgare, för att åstadkomma rättvisa och förhindra missbruk av systemet (Lederer, et al., 2013).

I sjukförsäkringens arbetsförmågeutredningar används begreppet arbetsförmåga när en individ har specifika arbetsuppgifter i en specifik miljö; man bedömer vilken grad av arbetsförmåga individen har i den specifika situationen. Det vill säga att en människa kan vara arbetsförmögen i relation till en uppgift och miljö men sakna arbetsförmåga i förhållande till en annan (SOU 2009:89). Arbetsförmågan är resultatet av samspelet mellan individens kapacitet i olika avseenden, arbetets krav och den miljön individen befinner sig i (SOU 2008:66). Eftersom arbetsförmåga är alltid relaterad till kända aktivitetskrav som skall göras i en känd miljö, då kan man inte bedöma någons arbetsförmåga om aktivitetskraven inte är kända (SOU 2009:89).

I sjukförsäkringens aktivitetsförmågeutredningar bedöms det individens ”medicinska förutsättningar för arbete” (Försäkringskassan, 2013a). Begreppet har tillkommit av anledningen att Försäkringskassan ska kunna bedöma arbetsförmågan i relation till normalt förkommande arbete efter 180 dagar i rehabiliteringskedjan. Medicinska förutsättningar till skillnad från arbetsförmåga är någonting som kan bäras av individen oavsett situation. Konceptet syftar till att aktivitetsbegränsningar ska bedömas utan koppling till något specifikt arbete eller någon existerande arbetsmarknad; man utgår från en hypotetisk aktivitetsförmåga (SOU 2009:89). Begreppet föreställs som en bedömning som ska fokusera på en beskrivning av individen och en värdering av de eventuella medicinska begränsningar som påverkar den försäkrades förutsättningar för att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden (Järvholm, et al., 2013).

Ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv blir fokus på vad den försäkrade inte kan utföra och inte skall göra då det kan innebära en medicinsk risk att göra det (SOU 2009:89). Svårigheter som en person har vid utförande av en aktivitet, är aktivitetsbegränsningar, till följd av funktionsnedsättning som kan påverka arbetsförmågan. Arbetsförmågan vid sjukdom värderas utifrån de aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar som sjukdomen medfört och man bortser från arbetsmarknadsmässiga, sociala och ekonomiska förhållanden (SOU 2009:89).

2.2.4 Aktivitetsförmågeutredning

Aktivitetsförmågeutredningen (AFU) är en fördjupad medicinsk utredning för att utreda individens förmåga för arbete (Försäkringskassan, 2013a). Detta görs att Försäkringskassan ska få mer kunskap om dessa förutsättningar vid bedömningen av arbetsförmåga. Det här

bedömningsverktyget är resultatet av regeringsuppdraget i juli 2010 för att vidareutveckla enhetliga och vetenskapliga bedömningsmetoder och -instrument, ett samarbetsprojekt mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen. En pilotverksamhet med AFU som påbörjades hösten 2012 har under åren utvidgats och pågår också under 2015. Syftet med den medicinska delen av AFU är att Försäkringskassan ska få mer kunskap om den försäkrades förmågor och förutsättningar på ett sätt som kan relateras till vad ett normalt förekommande arbete kräver. I första hand gäller detta sjukskrivningar som är på väg att passera dag 181 i rehabiliteringskedjan (Försäkringskassan, 2013a).

AFU siktar till att öka den enskildes delaktighet och förståelse för beslutet och innehåller dels den försäkrades egen skattning av sin förmåga, dels en standardiserad medicinsk utredning (Axén, et al., 2013). Den medicinska utredningen bygger på den så kallade DFA kedjan, vilket står för diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Klientens sjukdom leder till ett funktionshinder som i sin tur medför konsekvenser för aktivitetsförmågan i vardagen (Järvholm, et al., 2013).

AFU genomförs i första hand av en läkare med specialkompetens. En utvidgad undersökning blir aktuell då funktionsnedsättningens omfattning är oklar, till exempel om den försäkrades uppfattning i hög utsträckning skiljer sig från läkarens bedömning. Syftet med den kompletterande undersökningen är att besvara den bedömande läkarens frågeställning. Den genomförs av paramedicinare med den specialkompetens som krävs för en försäkringsmedicinsk bedömning samt behörighet att använda de testinstrument som behövs för att beskriva funktionstillståndet. Läkaren använder resultatet från den utvidgade undersökningen i sin bedömning och ansvarar för bedömningen av de medicinska förutsättningarna (Försäkringskassan, 2013b).

För att säkerställa en hög grad av enhetlighet och garantera undersökning med samma kvalitet och förutsättningar för samtliga försäkrade, finns en manual för genomförandet av aktivitetsförmågutredningar (Försäkringskassan, 2013b).

Den arbetsterapeutiska bedömningen grundar sig på observationer i praktiska moment. För bedömning av individens färdigheter vid utförandet av aktiviteter används bedömningsinstrumentet AWP (Assessment of Work Performance), baserat på Model of Human Occupation (Kielhofner, 2008). AWP-FK är tillämpat för Försäkringskassan och för närvarande ingår tre strukturerade arbetsuppgifter: en administrativ datoruppgift, montering och postsortering. Instrumentet bedömer individens arbetsfärdigheter inom tre områden - motoriska färdigheter, processfärdigheter samt kommunikations- och interaktionsfärdigheter - och redovisas av arbetsterapeuten i en sammanfattande bedömning (Försäkringskassan 2013b).

Den utvidgade psykologiska utredningen har en neuropsykologisk inriktning och består av ett urval tester som mäter psykiska funktionsnedsättningar. Testerna har god reliabilitet och validitet och fångar funktioner som är av intresse för bedömning av medicinska förutsättningar

för arbete. Begåvningstestet WAIS-IV (Wechsler Adult Intelligence Scale IV) ingår som en obligatorisk del. Testet ger möjlighet att beräkna intelligenskvoten, samt index för verbala funktioner, arbetsminne, snabbhet och perceptuell funktion. Beroende på frågeställningen och avseende inläring, minne, koncentration, exekutivitet och psykisk uthållighet, finns det möjlighet att välja ytterligare mätinstrument såsom Rey Complex Figure Test (RCFT), tre deltest ur Wechsler Memory Scale III (WMS-III) samt Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF). I sammanställningen av testresultatet gör psykologen en bedömning av prognosen, där det förväntade tidsperspektivet för funktionsnedsättningar framgår (Försäkringskassan 2013b).

Målet med den utvidgade sjukgymnastiska undersökningen (USUFF) är att ge en helhetsbild av den försäkrades fysiska aktivitetsförmåga och av vilka faktorer som påverkar denna. Utredningen består av självskattningsinstrument, bedömning av eventuellt smärtbeteende samt ett antal standardiserade tester (arm- och handfunktioner, gångförmåga, styrka och uthållighet, bär- och lyftförmåga, koordination, balans). Efter genomförd undersökning gör sjukgymnasten en sammanfattande bedömning (Försäkringskassan 2013b).

För att utredningsteamet på ett bra sätt ska kunna strukturera aktivitetsbegränsningarna, dvs. personens svårigheter att genomföra aktiviteter, används det internationellt standardiserade systemet ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Detta är ett redskap för att bedöma individens livssituation, hur olika livsaktiviteter fungerar och hur delaktig individen är i samhället (World Health Organization, 2001). Den slutliga graderingen av koder bestäms av läkare och paramedicinare genom diskussion i teamet. Ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv fokuserar man på vad den försäkrade inte kan utföra av medicinska skäl.

Utifrån den fördjupade medicinska utredningen relaterar Försäkringskassans handläggare den försäkrades medicinska förutsättningar till arbetsmarknadens krav. Ett kunskapsunderlag av olika yrkens kravprofiler jämförs med individens förmågeprofil (Försäkringskassan, 2013e).

AFU är i juridisk mening hälso- och sjukvård och regleras av hälso- och sjukvårdslagen, patientdatalagen, patientsäkerhetslagen samt offentlighets- och sekretesslagen (Försäkringskassan, 2013b).

Försäkringskassan har utökat testverksamheten med AFU till åtta landsting (Försäkringskassan, 2013f). Inom Stockholms läns landsting är den enda leverantören Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm som sedan 2011 har uppdraget att leverera fördjupade medicinska utredningar utifrån beställning från Försäkringskassan. Försäkringsmedicinska Utredningsenhetens delaktighet i en pilotverksamhet för AFU startades hösten 2013 (Danderyds Sjukhus, 2015).

2.3 Svensk forskning om patienters upplevelser av möten med försäkringskasse- och vårdpersonal

I denna studie undersöks hur sjukskrivna personer upplever att de blir bemötta av professionella under utredningsprocessen.

Tidigare forskning visar på betydande effekter, både från positiva och negativa upplevelser av möten med sjukvård och försäkringskassa, på långtidssjukskrivna patienters hälsa och självskattad förmåga att återgå i arbete. Det finns olika teorier om hur bemötandet av de försäkrade kan påverka deras förmåga, vilja och energi till återgång i arbetslivet. I några av dessa är utgångspunkten emotionella upplevelser under bemötandet.

Svensson, Müssener och Alexanderson (2006) beskriver i en hypotetisk kedja hur social interaktion bidrar till sociala känslor av stolthet, vilket i sin tur leder till egenmakt och delaktighet som bidrar till förbättrad arbetsförmåga och därmed stärkt hälsa. Och tvärtom: social interaktion som framkallar negativ självvärdering bidrar till sociala känslor av skam, vilket leder till psykologisk egenmaktlöshet som bidrar till försvagad arbetsförmåga och hälsa (Svensson, et al., 2006).

Det finns forskning om långtidssjuka patienters uppfattning av möten med sjukvård och försäkringskassa, som tyder på att negativa möten medför hög risk för upplevelser av kränkning; patienterna uppskattar även att deras förmåga att återgå i arbete försvåras. I detta sammanhang framkommer faktorer som nonchalans och respektlöshet, att inte bli trodd samt att personalen tvivlar på deras tillstånd och ifrågasätter deras motivation till att arbeta (Lynöe, Wessel, Olsson, Alexanderson, & Helgesson, 2013a; Lynöe, et al., 2013b; Wessel, et al., 2013; Upmark, Borg, & Alexanderson, 2007). Individens uppfattning om hur man blir bedömd av andra är relaterad till självvärdering och kan vara avgörande för framgång eller misslyckande (Svensson, et al., 2006).

För en majoritet av dem som upplever möten med försäkringskassan eller sjukvården som negativa hämmas den självskattade förmågan till återgång i arbete (Lynöe, et al., 2013a; Lynöe, Wessel, Olsson, Alexanderson, & Helgesson, 2011; Upmark, Borg, & Alexanderson, 2007). Stor del av de långtidssjukskrivna känner sig kränkta, detta kan förknippas med ett högt antal vårdbesök och längre erfarenhet av sjukvården. Känslan av kränkning baseras antingen på en situation eller på en serie av händelser. Risker för kränkning tenderar att vara högre bland sjukskrivna med psykiska störningar än bland dem som har muskuloskeletala eller andra somatiska diagnoser. De med psykiska besvär upplever högre känsla av att ”inte bli trodd” (Wessel, et al., 2013).

Hälften av dem som upplevt sig kränkta uppger även skamkänslor (Lynöe, et al., 2013b). Känslan av skam vid kränkning visar sig vara betydelsefullt högre jämfört med andra känslor. Man har inte funnit något samband mellan födelseland och skamkänsla efter upplevelser av

negativa möten; det finns inte heller några betydande skillnader avseende utbildning eller ålder (Lynöe, et al., 2013b).

Däremot har flertalet studier visat att det finns sociodemografiska skillnader i tillgång till yrkesrehabiliteringsmöjligheter. Resultat från systematisk litteraturgenomgång av Burström, Nylén, Clayton och Whitehead (2011) tyder på att yrkesrehabiliteringsmöjligheter är större för män och unga, sysselsätta människor med kortare sjukfrånvaro och de med högre inkomst. Människor med lägre inkomster, arbetslösa samt personer med muskuloskeletala besvär och psykiska störningar har sämre tillgång till yrkesinriktad rehabilitering. Detta innebär långa sjukskrivningsperioder och är nackdel för den enskilde, arbetsgivaren och samhället (Burström, et al., 2011).

Gällande genusaspekten finns det stora likheter mellan kvinnors och mäns negativa upplevelser av möten i vården, vilka kännetecknas av respektlöst bemötande (Upmark, et al., 2007). Däremot känner sig män lättare kränkta än kvinnor. Ett sätt att förstå detta kan vara med utgångspunkt från en maskulin könsnorm - att bli avbruten och inte lyssnad på kan vara svårare för män att bära (Wessel, et al., 2013)

Många av klienternas negativa upplevelser är relaterade till dålig kommunikation, som gör att missförstånd lätt kan uppstå och leda till konflikter (Wessel, et al., 2013). Dålig kommunikation är förknippad med högre frekvens av klagomål, lägre nivåer av patienttillfredsställelse och en ökad risk för medicinsk felbehandling. Dessutom kan negativa upplevelser vara orsakade av oprofessionellt beteende, som förstärks av negativa attityder mot klienter i allmänhet eller mot vissa patientkategorier. Det har visats att olika sjukdomar har olika prestige bland vårdpersonal, till exempel att psykiatriska sjukdomar och kronisk smärta har låg prestige (Wessel, et al., 2013). Det kan förekomma situationer där patienterna upplever yrkesutövare som nedlåtande och känner sig sårbara (Malterud & Thesen, 2008).

Det är inte förvånande att klienter känner sig kränkta om personal beter sig respektlöst, otrevligt och otåligt eller inte lyssnar och tror på dem (Wessel, et al., 2013). Men det är ändå viktigt att förstå naturen av negativa möten och varför de uppstår. Vårdpersonalens beteende kan bero på strukturella och organisatoriska begränsningar (Malterud & Thesen, 2008). Till exempel finns det restriktioner beträffande hur mycket tid kan man ge varje klient och vilka kliniska tester och undersökningar som utförs. Dessa begränsningar kanske inte motsvarar patientens förväntningar och orsakar besvikelse (Wessel, et al., 2013; Malterud & Thesen, 2008).

Positiva möten med vården och försäkringskassan upplevs som respektfulla, man känner sig trodd, personalen svarar på klienternas frågor och lyssnar på dem. Personalen visar engagemang och kompetens, tar sig tid, är stödjande och uppmuntrande (Lynöe, et al., 2013a; Wessel, et al., 2013; Lynöe, et al., 2011; Müssener, Festin, Upmark, & Alexanderson, 2008a).

Majoriteten av klienterna med positiva erfarenheter från möten med försäkringskassan uppskattar att deras återgång i arbete underlättas av dessa typer av möten, genom personalens interaktion med klienten (Lynöe, et al., 2013a; Lynöe, et al., 2011). Respondenterna uppger att det är viktigare att försäkringskassans personal, jämfört med sjukvårdspersonal, tror på dem och deras förmåga att arbeta, låter dem ta ansvar och ställer rimliga krav (Lynöe, et al., 2013a). Dock visar forskningen att fler respondenter uppger att de har positiva interaktioner med vårdpersonal jämfört med försäkringskassan; faktorer som nämns är kompetens, personlig uppmärksamhet, förtroende och tillit. I större utsträckning upplevs samspelet som positivt av deltagare som är födda i Sverige och individer med god självskattad hälsa (Müssener, et al., 2008a; Lynöe, et al., 2013a).

Resultaten av studierna antyder att det finns utrymme för att förbättra möten mellan patient och personal. Med positiva möten kan man förhindra ytterligare obehagliga erfarenheter samt bidra till åtgärder som kan minska sjukfrånvaron i arbetslivet.

2.4 Problemformulering

Försäkringsmedicin innehåller flera etiska och problematiska områden vid exempelvis olika typer av bedömningar och handläggning av ärenden (Järvholm, et al., 2013). Området är beroende av värderingar och politiska beslut. Den enskilde klienten står inför sådana överväganden. En etisk aspekt är att de som genomför bedömningarna är fristående från den försäkrade och från Försäkringskassan (Järvholm, et al., 2013). Resultatet av en tillförlitlig bedömning kan avgöra om den försäkrade är berättigad till ersättning från sjukförsäkringen och detta kan påverka personens hela livssituation (Williams & Westmorlands, 2002). Adekvata bedömningar är viktiga både för individen och för samhället (Pransky & Dempsey, 2004).

Syftet med en standardiserad medicinsk utredning är att alla försäkrade ska få samma medicinska undersökning och samma testmöjligheter av så hög kvalitet som möjligt (Axén, et al., 2013). Enligt Socialstyrelsens (2012a) övergripande principer för sjukskrivning ska den individbaserade bedömningen ske med respekt för den enskilde individens integritet och unika förhållanden (kön, ålder, etnisk bakgrund, utbildning). Bedömningen måste göras på ett tydligt och transparent sätt, så att utredningen är begriplig för den enskilde (Socialstyrelsen, 2012a). I enlighet med Försäkringskassans rutiner om bemötande av klienter ska den försäkrade vara utredningens huvudperson, som ska få komma till tals och vara delaktig genom hela processen. Utredningen ska genomföras med hänsyn till den försäkrades värdighet och integritet (Försäkringskassan, 2013e).

Krav på hälso- och sjukvården (Socialdepartementet, 1982) föreskriver bland annat att bemötandet ska främja goda kontakter mellan klienten och hälsovårdspersonalen; det ska bygga på respekt för klientens självbestämmande och integritet.

Ett intresse har växt fram hos författaren kring utredningssituationer, som i allmänhet kan ses ur flera olika parter synvinkel. Den här studien utgår från den försäkrades perspektiv och fördjupar sig i hur den försäkrade själv upplever situationen, där hon blir testad och observerad av olika professioner, huruvida man uppfattar att utredningen leder till en objektiv bedömning och vilken inställning den försäkrade har inför sin osäkra återgång till arbete.

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien är att undersöka och få mer kunskap om den försäkrades upplevelser av utvidgad aktivitetsförmågeutredning.

- Hur upplever den försäkrade bemötandet av utredarna?
- Vad de försäkrade anser påverka deras upplevelser av rättssäkerhet?
- Hur skattar den försäkrade själv sina resurser och möjligheter att återgå till arbete?

4 MATERIAL OCH METOD

4.1 Design

Kvalitativa intervjuer av semistrukturerad karaktär användes som datainsamlingsmetod. Den semistrukturerade intervjun lyfter fram samspelet mellan forskaren och den intervjuade samt inhämtar beskrivningar från respondentens livsvärld av specifika situationer, upplevelser och tankar, för att därefter kunna tolka fenomenens mening (Kvale & Brinkmann, 2014).

I den kvalitativa processen vid analys av intervjumaterialet användes en abduktiv innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Författaren till den här studien arbetar som arbetsterapeut på den försäkringsmedicinska enhet där informanterna genomgick utredning. Detta ger en bakgrund till förståelsen av det studerade området men innebär också, på grund av perspektivbytet, en utmaning.

4.2 Urval

Avsikten med denna studie var att samla in information från ett mindre antal individer och inte fråga efter generella åsikter hos en större population. Urvalet gjordes medvetet som så kallat avsiktligt urval, för att arbeta med de deltagare som är mest relevanta för studiens ämne (Yin, 2013).

Inklusionskriterier för att delta i studien var att den försäkrade, som inte är i behov av tolk, har genomgått en utvidgad aktivitetsförmågeutredning (AFU) på en försäkringsmedicinsk enhet

under tiden februari - mars 2015. Exklusionskriterier innebar att författaren själv inte har deltagit i den försäkrades aktivitetsförmågeutredning.

Urvalsprocessen förbereddes genom att enhetschefen kontaktades med förfrågan för godkännande av datainsamlingen. Efter skriftligt medgivandet (bilaga 1) skedde urval utifrån valda kriterier för att möta studiens syfte (Kvale & Brinkmann, 2014).

Tolv potentiella deltagare kontaktades, nio genom direkt samtal och tre genom telefonsamtal. Eftersom samtalet har en klargörande betydelse för den eventuella respondenten, förklarade man att just det här bidraget kommer att vara viktigt och på vilket sätt bidraget kommer att användas (Patel & Davidson, 2011). Utöver den muntliga informationen lämnades ett skriftligt informationsbrev om studiens syfte och etiska frågor (bilaga 2) med samtyckesblankett (bilaga 3). Förfrågan om deltagande blev positivt bemött av nio försäkrade. Efter deltagarnas skriftliga medgivande bestämdes via telefon eller direktkontakt tid och plats för intervjutillfälle.

De som tackade nej uppgav anledningar såsom lång resväg eller att de på grund av sitt psykiska mående inte hade ork för en intervju. En person som tackat ja uteblev från intervjun utan att ange orsak och den andra uteblev från utredningen.

Könsfördelningen av informanterna bestod av två män och fem kvinnor i ålderintervallet 50 - 61 år. Deltagarnas yrken var presenterade inom barn- och omsorg, restaurang, kontor, industri och transport. Orsaker till sjukskrivningar var muskuloskeletala men också somatiska besvär, en av deltagarna hade psykiska besvär. Sjukskrivningslängden för informanterna var mellan sex månader och elva år. Sjukskrivningens omfattning varierade mellan olika försäkrade samt för varje person över tid. Samtliga hade haft en heltidsanställning i grunden och varit sjukskrivna mellan 25 och 100 procent av arbetstiden. Tre av deltagarna hade förlorat sin anställning under sjukskrivningstiden; övriga var sjukskrivna från ett arbete.

Sammanlagt var nio olika utredare involverade; fyra läkare, två arbetsterapeuter, två sjukgymnaster och en psykolog.

Beskrivning av informanterna redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Beskrivning av informanterna

Kön	ålder	orsak till sjukskrivningen	anställning/arbete	sjukskrivning	utvidgning i utredningen
kvinnor	52	somatiska besvär	ja/ restaurangpersonal	3 år 50 % 8 månader 100 %	arbetsterapeut
kvinnor	61	muskuloskeletala, somatiska besvär	ja/ barn- och omsorg	under 10 år i olika omfattningar, senaste ett år 100 %	arbetsterapeut psykolog
kvinnor	50	muskuloskeletala besvär	ja/ barn- och omsorg	under 11 år i olika omfattningar, senaste tre år 50 %	arbetsterapeut sjukgymnast
kvinnor	56	muskuloskeletala besvär	nej/ administrativt arbete	under 8 år i olika omfattningar, i nuläget 100 %	arbetsterapeut sjukgymnast
kvinnor	59	muskuloskeletala besvär	nej/ industriarbetare	6 månader 100 %	arbetsterapeut sjukgymnast
Man	61	somatiska, psykiska besvär	nej/ busschaufför	under 6 år i olika omfattningar, senaste ett år 100 %	arbetsterapeut
Man	59	muskuloskeletala besvär	Ja/ restaurangpersonal	6 månader 100 %	arbetsterapeut sjukgymnast

4.3 Datainsamling

Datainsamlingen skedde under perioden februari - mars 2015. Intervjuerna genomfördes på den försäkringsmedicinska enhet där den försäkrade genomgick aktivitetsförmågeutredning. Intervjun ägde rum direkt efter uppföljande samtal hos läkare, dels för att öka chanserna till deltagande, dels för att fånga direkta upplevelser.

Innan intervjun inleddes, gavs åter muntlig information om studien och forskarens personliga band med enheten. Det gavs även möjlighet att läsa informationsbrevet (bilaga 2) igen innan skriftligt samtycke inhämtades (bilaga 3).

En semistrukturerad intervjuform användes. Detta ger struktur och flexibilitet vid genomförandet och ökar studiens kvalitet vid datainsamlingen (Kvale & Brinkmann, 2014). Insamling av data baserades på en intervjuguide (bilaga 4) med huvudsakligt tema i enlighet med studiens syfte: den försäkrades upplevelser vid utredningstillfällena.

En pilotintervju genomfördes med en försäkrad för att testa den valda metoden och ge förutsättningar för förbättrad kvalitet (Polit & Beck, 2012). Deltagaren informerades på samma sätt som övriga deltagare samt om att detta var en pilotintervju. Pilotintervjun spelades in på

band och transkriberades för att kunna förbättra intervjuguiden. En intervjuguide som är testad med pilotintervju har betydelse för att inte missa en del avgörande information (Yin, 2013). Granskning av intervjuguiden utfördes och tidsåtgången beräknades. Framkommande brister justerades i form av förtydligade frågor, innan de resultatgrundande intervjuerna realiserades.

Målet med intervjuerna var att låta de försäkrade beskriva sina erfarenheter så som de upplevde dem och inte styra samtalet genom att lyfta fram något särskilt tema. Eftersom intervjuaren arbetar på den försäkringsmedicinska enhet där studien genomfördes, och för att undvika försvårande omständigheter, gällde det att hitta en balans mellan förtroende och en viss distans under intervjun. För att insamlingen av data inte ska påverkas, bör intervjuaren inte bli för personligt involverad (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012). I enlighet med Yin (2013) informerades alla deltagare både muntligt och skriftligt om intervjuarens personliga anknytning till enheten.

Intervjun utfördes på ett enskilt rum i lugn miljö och spelades in digitalt, för att få fullständiga data baserade på respondentens information och därmed öka studiens reliabilitet (Polit & Beck, 2012). Varje intervju varade 25-45 minuter och avslutades med möjlighet för respondenten att tillägga och ta upp något mer om så önskades. Intervjumaterialet transkriberades ordagrant till en skriven text samma dag eller dagen efter intervjutillfället. En 30 minuters intervju tog minst tre timmar att skriva ut. Varje transkribering kodades för att avidentifiera respondenten.

4.4 Databearbetning

Transkriberade intervjutexter analyserades genom kvalitativ innehållsanalys, ett tillvägagångssätt enligt Graneheim och Lundman (2004). Utifrån detta ställdes fokus på att upptäcka, granska och tolka variationer i forskningsmaterialet.

Både manifest och latent innehållsanalys användes vid tolkning av textmaterialet för att systematiskt och stegvis kunna finna teman och mönster (Graneheim & Lundman, 2004). Den manifesta analysen utgick från de synliga, uppenbara komponenterna i texten och innebar en sammanställning av de försäkrades upplevelser utifrån det som de hade sagt. Den latent innehållsanalysen utfördes på djupare och mer abstrakt nivå och tolkade den underliggande innebörden av texten.

Hela den transkriberade texten betraktades som analysenhet. För att skapa en helhetsförståelse lästes materialet noggrant igenom flera gånger. En grov struktur vid analysen vidmakthölls och specifika områden, domäner, plockades ur.

Nästa steg vid datareduktionen var att hitta meningsbärande enheter. Meningsbärande enheter är sammanhängande ord eller uttryck som relaterar till samma innehåll eller kontext (Graneheim & Lundman, 2004). Hela texten bearbetades igenom, fråga för fråga. Fraser, stycken och meningar som hängde samman markerades med olika färger. Vidare markerades

text som ansågs vara relevant för studiens syfte men inte svarade på specifika frågor, samt eventuella intressanta citat.

Information som var relevant för frågeställningarna plockades ut. Större meningsenheter skrevs in på en tabell i dataprogrammet Excel och lades till grund för analysen. Dessa meningsenheter kondenserades och avskildes med koder. Graneheim och Lundman (2004) anser att koder blir som etiketter på det kondenserade materialet och ger möjligheter att skapa nya infallsvinklar. Syftet var att korta ner texten så att den blev mer lätthanterlig, men ändå behålla innehållet.

Därigenom lyftes innehållet till ett högre utvecklingsläge. Koder med liknande innehåll grupperades i kategorier och subkategorier som återspeglade det centrala budskapet i intervjuerna. För att skapa kategorier lästes koderna igenom flera gånger, en och en, för att därefter fördela dem utifrån sin innebörd på olika celler i analystabellen. Genom att förflytta rader med gemensamt innehåll bildades ett mönster med kluster av koder. En del av koderna justerades under analysens gång. Vidare utvärdering ledde till identifierade subkategorier, som markerades i tabellceller med olika kulörer för att underlätta helhetsbilden. Material som inte ansågs täckas av de bildade kategorierna, flyttades isär och analyserades senare en gång till. En del av detta formade nya kluster, som i sin tur bildade kategorier och subkategorier. Vissa underkategorier omplacerades och vissa fogades samman i tabellen; på detta sätt bildades huvudkategorier med preliminära namn, som intervjuerna uttryckligen handlade om.

Dessa kategorier representerade det manifesta innehållet, som innebar informanternas upplevelser under utredningen utifrån deras synvinkel. Den återkommande regelbundenheten som skar igenom kategorierna ledde till teman där det latent innehåll, som tolkade de underliggande meningar i texten, framgick. Att skapa teman, anses av Graneheim och Lundman (2004) vara ett sätt att sammanfoga den underliggande betydelsen tillsammans i kategorierna, där kategorierna representerar innehållets aspekter och teman representerar förhållande aspekter.

Exempel på tillvägagångssättet i studien och dataanalys redovisas i bilaga 5.

4.5 Etiska överväganden

Studien förbereddes på ett etiskt sätt med inriktning på anonymitet, frivillighet och tystnadsplikt. I enlighet med Kvale och Brinkman (2014) beaktades fyra osäkerhetsområden: informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser av intervjuerna och författarens roll. De berörda informerades enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.

Informationskravet innebär att de medverkande informerades, muntligt och via informationsbrevet, om den aktuella forskningsuppgiftens syfte och tillvägagångssätt samt att deltagandet i studien var frivilligt och kunde avbrytas när som helst, utan att man behövde ange skäl till detta. Deltagarna informerades även om att insamlad information endast skulle användas för det ändamål som studien avsåg.

Med utgångspunkt i *samtyckeskravet* inhämtades skriftligt samtycke från verksamhetschefen och därefter från eventuella deltagare. Med underskrift till samtycke godkände deltagarna inspelningen av intervjun. Respondenterna hade rätt att själva bestämma över sin medverkan och kunde avbryta denna utan negativa konsekvenser för dem själva.

Utifrån *konfidentialitetskravet* avslöjades deltagarnas personuppgifter inte för någon annan än forskaren. Inspelade digitala ljudupptagningar förvarades otillgängliga för utomstående; det var bara författaren som hade tillgång till det insamlade materialet. Alla uppgifter avidentifierades så att intervjuerna inte kunde kopplas till respondenterna. Efter sammanställningen förstördes alla data.

Enligt *nyttjandekravet* användes insamlade uppgifter endast för forskningsändamål (Kvale & Brinkman, 2014).

Ansökan om etisk prövning av forskning på människor gjordes inte, eftersom studien ingår i en magisteruppsats på Karolinska Institutet. Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (Utbildningsdepartementet, 2003) behöver forskningsarbete, som utförs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå, inte genomgå etikprövning.

Utifrån en etisk egengranskning av författaren bedöms ovanstående krav vara uppfyllda samt anses denna studie inte medföra några risker eller direkta fördelar för dess deltagare.

5 RESULTAT

Från de sju transkriberade forskningsintervjuerna kunde fyra manifesta kategorier urskiljas; ”aktivitetsförmågeutredning som arena för bemötande”, ”skapandet av allians, grunden till ett lyckat utredningsarbete”, ”upplevelser av utvidgade bedömningsinsatser” och ”den försäkrades syn på återgång till arbete” (tabell 2).

I resultatet presenteras de fyra huvudkategorierna och tio underkategorierna med beskrivande text och illustrerande citat.

Citaten är utvalda från det insamlade intervjumaterialet för att bäst representera de meningsbärande enheterna inom respektive underkategori. För läsbarhetens skull har vissa mindre grammatiska korrekationer gjorts, utan att förändra innehållets betydelse. Markeringen //...// betyder att citaten inte har skrivits ut i sin helhet. Text inom parentes har tillagts av författaren för att ge sammanhang.

En översikt av underkategorier och kategorier redovisas i nedanstående tabell.

Tabell 2. Underkategorier och kategorier

Underkategorier	Kategorier
Upplevelser av positivt bemötande från utredarna	Aktivitetsförmågeutredning som arena för bemötande
Erfarenheter av granskande attityd	
Kommunikation	Skapandet av allians, grunden till ett lyckat utredningsarbete
Läkarens engagemang	
Pedagogiskt förhållningssätt	Upplevelser av utvidgade bedömningsinsatser
Uppfattningar om testsituationer	
Bedömningens rättvishet	
Motivation till att arbeta	Den försäkrades syn på återgång till arbete
Egen bedömning av arbetsförmåga	
Osäkerhet inför framtiden	

5.1 Aktivitetsförmågeutredning som arena för bemötande

Av intervjuerna framgick att kvaliteten på bemötandet i form av respekt och förståelse var grundläggande för samverkan i aktivitetsförmågeutredningen. De försäkrades upplevelser av ett gott bemötande från utredarna hade till stor del sin grund i personalens erfarenheter och yrkeskunskaper. En annan aspekt av hur bemötandet upplevts var huruvida den försäkrade kände sig ifrågasatt eller kontrollerad. Att komma till bedömningen innebar för de flesta en stressande situation, men även om bemötandet i början beskrevs i negativa termer, upplevdes det efterhand som bättre och som positivt i sin helhet.

5.1.1 Upplevelser av positivt bemötande från utredarna

Intervjupersonerna beskrev positivt bemötande som ett värdefullt stöd under hela utredningen. Kontakter med personalen på enheten utmärktes av respekt och empati. Ett trevligt bemötande ledde till goda relationer, vilket bidrog till en positiv upplevelse av utredningen som helhet.

”Jag är positiv mot allting, där hos vem jag har varit. Jag har tidigare blivit besviken på bemötandet men det har jag inte blivit här...//... Nu känner jag mig äntligen sedd och trodd.”

En central aspekt var huruvida de försäkrade upplevde att de blev förstådda i kontakterna med utredningsteamet: att man lyssnade på dem, svarade på deras frågor, visade engagemang och tog sig tid för att låta dem berätta om sina besvär. De ansåg också att vänlighet i bemötandet hade en lugnande effekt. De uttryckte en känsla av att bli sedda och trodda samt kände sig tagna på allvar.

Under testtillfällena upplevde de försäkrade att utredarna var stödjande och uppmuntrande samt visade intresse och förtroende för deras presterade förmågor.

De försäkrade upplevde ett bra bemötande även i de fall då respondenten själv hade uttryckt tvivel på utredningens värde eller betett sig på ett provocerande sätt.

”Det var väldigt så här (grimaserar) i början... Men alla var så trevliga och jag har inte blivit ifrågasatt. Jag kände mig jättebra. Men jag var arg när jag kom hit... Vänligt bemötande...//... första gången har jag blivit tagen på allvar, kan jag säga.
”

Sammanfattningsvis var de försäkrade nöjda med bemötandet om det visade sig vara korrekt ur alla aspekter; det vill säga när man både upplevde sig respektfullt bemött och uppfattade bedömningen av aktivitetsförmågan som noggrann och rättvis.

5.1.2 Erfarenheter av utredarnas granskande attityd

I mindre utsträckning uppgav respondenterna negativa erfarenheter av situationer där de upplevt en granskande attityd. Iakttagelserna var tämligen olika men det fanns också punkter där informanterna hade enhetliga åsikter.

Respondenterna uttryckte en känsla av frustration, som framkallats av olika orsaker. En anledning till upprördhet som nämndes var tolkningen av det skriftliga informationsbladet och självskatteformuläret, vilka skickades till den försäkrade före utredningen.

Informationsbladets upplysning om att bandinspelning och filmning under utredningen är förbjuden framkallade en känsla av att bli övervakad. Dessutom undrade respondenterna över meningen med självskattningsformulären. Man ansåg att samma frågor som ställts i formulären upprepades under senare möten, vilket gav en känsla av att vara ifrågasatt och kontrollerad.

”Jag fick ju fylla i papperna själv, men ändå så ställer man mig frågor, samma som jag har fullt i ... men det var för att testa att jag inte sitter och gör något annat eller säger annat än jag har fyllt i ...//... fast hen hade alla papper framför sig.”

Enstaka inledande möten hos läkaren upplevdes som otillfredsställande, då respondenterna hade känt sig ifrågasatta och bedömda i förväg. I de försäkrades ögon hade professionaliteten fallerat när man ifrågasatte trovärdigheten i klientens berättelse, exempelvis vid frågor som handlade om vardagliga aktiviteter. De beskrev hur en enda kommentar kunde bli svårhanterad, på grund av deras psykiska hälsotillstånd. Och om den ifrågasättande attityden hos läkaren upprepades, genom att samma fråga ställdes på olika sätt, var det senare svårt att känna förtroende för andra utredare.

”Det är det att jag måste försvara mig för, hen ifrågasatte ju hela tiden saker och ting...//... Så är det lite svårt att hantera vardagen, så är det bara. Det är besvärligt... och hen sa ju att precis som hon förstod mig men samtidigt kände jag mig misstänksam ändå...//”

Andra orsaker till att ett inledande möte upplevdes som mindre lyckat kunde vara motsägelsefull information i den dokumentationen från andra institutioner som läkaren haft tillgång till och som läkaren gick igenom tillsammans med den försäkrade. Om läkaren inte kunde lägga de egna värderingarna åt sidan av och förlita sig på tidigare utlåtanden ansågs det ha negativa konsekvenser för samtliga bedömningstillfällen under resten av utredningen.

Det framkom också en känsla av maktlöshet, som handlade om att personer som man träffade bara en (paramedicinare) eller två (läkaren) gånger skulle bestämma och avgöra den försäkrades aktivitetsförmåga.

5.2 Skapandet av allians, grunden till ett lyckat utredningsarbete

I denna kategori framkom kommunikationens betydelse för att skapa en arbetsallians som bidrog till ett fungerande samarbete mellan utredarna och de försäkrade. De försäkrade nämnde oro och rädsla som karaktäriserade deras inställning inför bedömningar. I detta sammanhang framkom att tidigare bemötande vid Försäkringskassan hade inverkan på den aktuella utredningen. En avgörande faktor för att skapa allians och trygghet visade sig vara läkarens engagemang under det inledande samtalet, före den utvidgade bedömningen.

5.2.1 Kommunikation

Av intervjuerna framgick att för en lyckad utredning behövs adekvat kommunikation. De försäkrade som inte hade fått informationen eller förstått syftet med aktivitetsförmågeutredningen innan de kom till bedömningen fick denna kunskap av utredande läkare under det inledande mötet.

”När jag träffade läkare, då frågade jag om jag har förstått rätt... att de kanske tänker att jag är (bidrags)fuskare eller om jag inte är riktigt sjuk som jag säger. Jag trodde att det är därför jag fick komma hit...//... Jag förstod inte riktigt (informationen från försäkringskassan). Men läkaren sa att om man är så långt sjukskriven, då kanske man vill kolla upp om det kanske finns möjligheter att hjälpa mig.”

Respondenterna uppgav bristande kommunikation med Försäkringskassans handläggare och sporadiska kontakter både inom Försäkringskassan och Hälso- och sjukvården som anledningar till negativ inställning och frustration.

”Problemet är att jag hela tiden ... som en person ... träffar många gånger olika personer som känner inte mig, som vet ingenting om mig, som jag kanske ska träffa en gång i livet, men de bestämmer över resten av mitt liv.”

De försäkrade resonerade på ett ursäktande sätt om hur de själva hade skapat provocerande situationer under utredningen för att försvara sig, men berömde också utredarnas förmåga att kommunicera på ett trevligt sätt i ett stressat läge. De försäkrade skildrade också sin oro, rädsla och smärtupplevelser som försvårande för en framgångsrik kommunikation.

”Jag förstod ju inte (syftet med utredningen) första gången när jag var hos läkare, jag var ju helt arg och besviken ...//... just på den dagen var jag irriterad, jag hade så ont och nervös var man också...”

Deltagarna poängterade vikten av att få tydlig information om den utvidgade utredningen och om vilka paramedicinare man skulle komma att träffa, för att känna trygghet. Misstroendet uppgavs minska när utredarna visade förståelse för de bakomliggande faktorerna till klientens beteende och bemötte denne med respekt, oavsett sinnesstämningen. Respondenterna betonade att omfattande information underlättade stämningen och bidrog till en bättre kommunikation genom hela utredningsprocessen.

5.2.2 Läkarens engagemang

De intervjuade betonade vikten av att man under det inledande mötet hos läkaren skapade ett förtroende. Att bli förstådd och väl bemött från början beskrevs som avgörande, eftersom det första intrycket och tilliten höll sig kvar under resten av utredningstiden. Att de försäkrade kände en personlig kontakt och upplevde att läkaren som de mötte var intresserad av deras situation, ökade deras välbefinnande och skapade en positiv syn på utredningen. Respondenterna beskrev att läkaren lyckades vända de otrygga känslorna hos dem och fick dem att se det positiva.

”Jag kände mig trygg. Jag sa till läkaren att tack vare det, att vi träffades idag, börjar jag tro igen att jag inte är ensam, att det finns någon som vill hjälpa mig.”

Det förekom även missnöje efter det första mötet, mest på grund av upplevt ifrågasättande och behov av att försvara sig gällande sjukdomsbilden.

Deltagarna beskrev hur läkarens bemödande att inte använda alltför medicinskt språk och att prata långsamt underlättade förståelsen i samtalet, eller att man med hjälp av skisser på ett papper förklarade medicinska termer, när språkhinder uppkom. Det betonades även vikten av att man hade gott om tid hos läkaren. Detta gav möjlighet att ta upp olika frågor för att få en helhetsbild av den försäkrades situation och ansågs bidra till att skapa tillit.

5.3 Upplevelser av utvidgade bedömningsinsatser

Generellt var åsikterna om bedömningsprocessen positiva. Grunden för detta visade sig vara pedagogiska metoder som tillämpades i testsituationen; samtalsstrategier, situationsanpassat samarbete, anpassade krav på tester. Detta bidrog till att väcka förtroende hos de försäkrade och gjorde det lättare för dem att hantera de krav som ställdes under olika tester. I detta samspel upplevde de försäkrade sig som delaktiga i processen och kände delat ansvar för utredningsresultatet. Metoder och tester som användes vid bedömningen både uppskattades och kritiserades, men sammanfattningsvis ansågs de vara lämpliga. Det slutliga utlåtandet bedömdes av intervjuade som rättvist och i stort sett överensstämmande med deras egna uppfattningar om sin aktivitetsförmåga.

5.3.1 Pedagogiskt förhållningssätt

De försäkrade beskrev bedömarna som pedagogiska. De upplevde att kontakten var förberedd och att utredaren redan hade viss uppfattning om deras situation. Detta fylldes på med ytterligare frågeställningar och de försäkrade upplevde att de fick svar på sina frågor. Vänligt bemötande och respekt hjälpte de försäkrade att samarbeta samt beskriva sina besvär och rapportera kroppsliga upplevelser under utförandet av testerna. Upplevelsen av bekräftelse och uppmuntran motiverade dem att göra sitt bästa. Det pedagogiska bemötandet ansågs bidra till att stämningen under testtillfällena utvecklades på ett positivt sätt.

”Hen hade tänkt göra fler uppgifter men då såg hen att jag hade svårare att andas... men bara att ta en paus då fortsätter vi... då hen tyckte att jag behövde det...//... hen var väldigt pedagogisk, jag vet ju att jag pratar så fort, hen fick anpassa...”

De intervjuade som hade blivit upprörda framhöll utredarnas förmåga att hantera komplicerade situationer. De underströk deras tålamod att behålla en positiv attityd och att med hjälp av dialog minska den försäkrades frustration och besvikelse vid motgångar under testtillfällena.

Under de pedagogiska testtillfällena upplevde de försäkrade en känsla av medverkan. De förstod att de inte vara tvungna att anstränga sig över sin förmåga; rätten att avbryta gav en känsla av självbestämmande. När ett test hade avbrutits fick de tillsammans med bedömaren reflektera över situationen, och denna dialog gav förståelsen att man hade ett medansvar. Deltagarna uppgav att de haft förutfattade meningar om tester. Men när de förstod sammanhanget - att de själva var huvudpersoner som med sitt fullföljande av aktiviteter i stort sätt skulle komma att påverka de beslut som fattades - släppte de sina orealistiska förväntningar och kunde uppleva att en aktiv medverkan dessutom kan vara något roligt.

5.3.2 Uppfattningar om testsituationer

Informanterna beskrev olika känslor som de hade upplevt under testtillfällena, men alla var positiva till att bli testade av olika paramedicinare.

Problem uppstod när den försäkrade inte hade förstått syftet med testerna, framförallt vid den psykologiska undersökningen men också vid den sjukgymnastiska respektive arbetsterapeutiska utredningen. Respondenterna beskrev att om man inte förstod meningen med en uppgift, var det svårt att trivas och göra sitt bästa. Man förstod inte varför man blev prövad i tester som inte såg ut som riktiga arbetsuppgifter och tvivlade på vad testerna kunde leda till.

”Då skulle jag sitta och rita, jag kände bara ... vad det är här. Där kan jag tycka att det är fel, för det har inte att göra med min... min arbetsförmåga, för det har jag inte längre. Och sitta och rita och försöka att komma ihåg... vad hade jag ritat... efter en halv timme, där kände jag att, nej...//... men det finns en mening med det också, naturligtvis.”

Vidare uttryckte de uppskattning för bedömarnas tålamod att förklara på ett pedagogiskt sätt varför man skulle utföra uppgifter och vilka färdigheter uppgiften kunde påvisa. Respondenterna såg testerna som enkla, men resonerade samtidigt om att uppgifterna, trots sin enkelhet, kunde vara svåra att fullfölja och man upplevde ett oväntat moment då till exempel smärtan satte gränser eller orken inte räckte till. Vissa enstaka korta moment var svårare att klara av; informanterna tyckte att bedömarna var professionella i sina observationer och i gemensam uppgörelse kunde man avbryta utförandet.

”... dem där postfacken... det var ju både lågt och högt och den avbröt jag. Och sedan när jag skulle stå uppe... jag kan inte stå för länge heller, då tog jag en paus...//... Men vissa saker

klarade jag ändå bra, tycker jag. För jag fick bära kassar med tyngder i och det fixade jag, fast det inte gick så fort... Så att vissa saker klarade jag ändå. Eller ja, ganska bra.”

Respondenterna uppgav också några förvånande moment under bedömningen. Till exempel: vissa besvär som hade varit svåra att förklara, visade sig ändå under aktivitetsutförandet hos arbetsterapeuten, och man kunde se anknytningen till vardagliga aktiviteter. Somliga begränsningar som man inte hade tänkt ta upp med bedömaren observerades ändå av sjukgymnast eller arbetsterapeut.

Intervjuerna innehöll kommentarer om de krav som ställdes på deltagarna vid utförandet av testerna. Huvuddelen bedömde kraven vid testerna vara lagom; vid enstaka tillfällen beskrevs kraven som höga, fruktansvärda eller förnedrande. Skillnaderna kunde inte knytas till specifika yrkeskategorier; upplevelserna framställdes som relaterade till individens grad av sjuklighet och personlighet.

”Jag förstod inte riktigt... jag ser bara från mitt håll... Jag var övertygad att det är löjligt att stoppa pinnar i ett hål, att plocka pinnar... Det var ingenting som saknades men jag menar att sortera brev... det såg jag som förnedring. Jag hade bra kommunikation (med bedömaren) men det är bara jag som inte tycker om att bli testad...//... men det beror på vad man har varit med om.”

Man resonerade även kring tidsperspektiv och tyckte att testresultatet kan bero på vid vilken tidpunkt under dagen man utför testerna, eftersom man kan ha varierande dagsform. Vissa moment i testerna ansågs vara för korta få att de ska hinna ge utslag. Dessutom uttrycktes det att man borde bedöma både hinder och resurser.

”Mina resurser har aldrig tagits upp, det är kanske lite synd också. Egentligen skulle man ju kartlägga vilka förmågor man har... fast så grundar man ju inte sjukpenning kanske... men det skulle ju vara bra i samma veva om man tittar på det som man inte kan och det som man faktiskt klarar, men så är det ju inte nu.”

Man tyckte att det var bra att praktiska uppgifter kompletterades med frågeställningar; detta gav möjlighet att förklara hinder som inte var påtagliga. De försäkrade uppskattade bedömarnas engagemang i att observera och göra anteckningar samtidigt som de upprätthöll ett uppmuntrande samtal. Informanterna tyckte att samarbetet blev bättre under utredningens gång, och detta berodde på att man byggde upp ett visst förtroende för utredaren.

De försäkrade uppskattade att utredningen var utvidgad och uttryckte tillfredsställelse med urvalet av de yrkeskategorier som deltagit, men det framkom även att man hade önskat att alla professioner hade varit en del av teamet.

5.3.3 Bedömningens rättvishet

I deltagarnas berättelser framkom olika upplevelser av det slutliga utlåtandet. Det uppfattades inte enbart som rättvist, utan det beskrevs även en osäkerhet, eftersom känslor av att vara ifrågasatt och behöva försvara sig hade tagit över. Ändå uttrycktes det man borde ha förtroende för läkarens uttryckssätt i bedömningen.

Det framkom även att det uppföljande samtalet var en positiv vändning för hela processen, då alla olika bedömningar sattes ihop till en helhet och man fick bekräftelse på sin hälsosituation.

”Ja, då förstod jag ju, då vände jag lite grann på det här. För nu är allting ju bekräftat ...//... då ser jag ju positivt idag det hela, när jag har fått läsa genom papperna som då alla tre har gått igenom hos ...//... Så man ser ju också på olika sätt eftersom det är tre olika personer, tre olika uppfattningar de har, så att det, jag tycker att det var positivt... i efterhand så säger jag ju det. Även att det har varit tufft och jobbigt.”

Att läkaren under uppföljande samtal mötte de försäkrade på samma nivå - det nämndes hänsyn till språkkunskaper och förståelse för svårigheter att fokusera på samtalets innehåll - gav dem en upplevelse av delaktighet. Att själv kunna läsa igenom alla teammedlemmars bedömningar och det slutliga utlåtandet, samt diskutera de synpunkter som framkom, gav trygghet. Och möjligheten att få uttala egna uppfattningar om resultatet, att både få och ge information, gav en känsla av medinflytande i processen.

”Jag är jättepositiv... vänligt bemötande och just det att man går igenom det som man har gjort (under utredningen) och att allting stämmer.”

De försäkrade beskrev beslutet som objektivt, rimligt och vettigt men också som osäkert. Man ansåg att slutprodukten av utredningen i skriftlig form var noggrant genomarbetad av läkaren och att man ska lita på läkarens formuleringar. Respondenterna var nöjda med att paramedicinarnas observationer redovisades för sig och bifogades.

Utlåtandenas överensstämmelse med informanternas egen uppfattning om sin aktivitetsförmåga ansågs av dem försäkrade vara känslomässigt underlättande innan Försäkringskassan ska bedöma deras arbets(o)förmåga.

5.4 Den försäkrades syn på återgång till arbete

Förändringar i arbetsförmågan ansågs betydligt minska möjligheter till återgång i arbete. Att bli ifrågasatt av Försäkringskassan visade sig påverka motivationen. En del av informanterna kände att de hade gjort sitt i livet och ansåg sig inte ha någon arbetsförmåga kvar, andra ville återgå till sitt gamla jobb och några var öppna för nya vägar på arbetsmarknaden. I fråga om deras framtid fanns det en osäkerhet hos de försäkrade; utifrån sina erfarenheter hade de bara litet hopp kvar om att få hjälp från samhället för att återgå till arbete.

Försämringar i arbetsförmågan under sjukskrivningstiden ansågs betydligt minska möjligheter till återgång i arbete. Att bli ifrågasatt av Försäkringskassan visade sig påverka motivationen.

Informanterna som hade varit sjukskrivna i olika omfattning upp till elva år kände att de hade gjort sitt i livet och ansåg sig inte ha någon arbetsförmåga kvar. De som hade en anställning ville återgå till sitt gamla jobb och de försäkrade som hade varit sjukskrivna mellan sex till tolv månader var öppna för nya vägar på arbetsmarknaden. I fråga om deras framtid fanns det en osäkerhet hos de försäkrade; utifrån sina erfarenheter hade de bara litet hopp kvar om att få hjälp från samhället för att återgå till arbete.

5.4.1 Motivation till att arbeta

Intervjupersonerna berättade hur deras motivation att arbeta har blivit ifrågasatt vid tidigare möten på försäkringskassan. Detta sågs också som en anledning till att de skickats till den aktuella aktivitetsförmågeutredningen.

Det nämndes dessutom att de hade tappat motivationen, när de förgäves hade försökt hitta arbete som skulle fungera med deras besvär. Arbetsprövningar med olämpliga arbetsuppgifter uppgavs ha sänkt motivationen ytterligare. Att känna sig utpekad av omgivningen upplevdes ha en negativ inverkan på ambitionen. Dock uttrycktes även av de som hade haft en kortare sjukskrivningsperiod att det, oavsett andras ifrågasättande, fanns drivkraft och skäl för att återgå till arbete.

”För det första vill jag försörja min familj. Den andra motiveringen är... mina barn... om mina barn skulle se att jag bara ligger hemma hela tiden, då skulle de få jättekonstig bild av verkligheten ...//... Jag tror inte att någon mår bra av att sitta hemma, det kan jag säga. Jag skulle aldrig, aldrig vilja göra det. Och den tredje är ju liksom jag tror ju bättre på min kropp även om jag har haft motstånd.”

”Man är van, man är uppfostrad så, liksom att ha egen inkomst och att göra rätt för sig.”

Det framkom även att de försäkrade, som hade varit sjukskrivna upp till elva år, kände sig förbrukade och reflekterade över att de inte hade långt kvar till pensionen. De intervjuade med kortare sjukskrivningstider berättade om att man tidigare haft svårt att begränsa arbetsbördan, vilket lett till en ohållbar situation. Därför ville man använda sin energi till att i första hand öka livskvaliteten, för att sedan, när hälsan förbättrats, gå vidare med arbetslivet. Man nämnde betydelsen av stöd från familj och arbetskamrater för att kunna upprätthålla motivationen.

5.4.2 Egen bedömning av arbetsförmåga

Från informanterna framfördes olika funderingar över deras närmaste framtid och över den långsiktiga livsplaneringen gällande arbete. De som hade kontakt med arbetsgivare och arbetskamrater under sjukskrivningen ville återgå till sin tidigare arbetsplats. Dock erkände de för sig själva att den nuvarande arbetsförmågan inte räckte till det gamla arbetet; samtidigt ville de absolut inte pröva på något annat, utanför den nuvarande arbetsgivarens verksamhet, eftersom detta arbete var vad de hade gjort hela sitt liv och arbetskamrater och arbetsledning var mycket viktiga resurser för dem. Det framkom också en rädsla inför nya utmaningar i övre medelåldern. De försäkrade som hade varit sjukskrivna mellan sex till tolv månader var öppna

för nya möjligheter både hos sin arbetsgivare och på den normalt förekommande arbetsmarknaden.

”Ja, om det finns något som passar in i... Jag tänker mycket på det... om det finns något annat som kanske skulle påminna lite det arbetet som jag har, men som också har andra arbetsuppgifter som skulle kunna få upp min arbetsförmåga på något sätt.”

Det betonades även att man hade fått mycket stöd av sin arbetsgivare och att det hade genomförts ergonomiska anpassningar, men arbetsförmågan hade varierat.

”Jag har försökt göra olika saker men ingenting har funkat...//... Jag har en arbetsförmåga... och jag vill arbeta, men det måste ju vara på den nivån som jag klarar av...//... Man måste ju prova (höja arbetstid)för att hälsan är ju färskt vara, saker och ting kan förändras. Det kan ju också vara att om jag provade för tre år sedan, då ser det annorlunda ut nu. Så det är inte fel att man försöker, tycker jag.”

Det hävdades av de försäkrade, som hade varit sjukskrivna mellan sex till elva år att man inte hade kvar någon arbetsförmåga alls. De hade ingen anställning kvar och hade inga tankar över att göra något annat. Den försäkrade funderade snarare över sin livskvalitet än möjligheter till återgång i arbete.

5.4.3 Osäkerhet inför framtiden

Respondenterna uppgav oro inför försäkringskassans beslut av arbetsförmåga. De upplevde att Försäkringskassan ville ha dem tillbaka i arbetslivet innan de själva kände sig redo för det. De intervjuade önskade kunna hantera sin vardag, orka vara sociala och få en ökad acceptans om den egna situationen innan återgång till arbete. Vidare uttrycktes osäkerhet inför att inte veta vad som skulle bli nästa yrkesmässigt steg; om det skulle bli samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan eller något annat. De som var motiverade till att hitta nya arbetsuppgifter, såg dock utifrån sina erfarenheter en risk att inte kunna hitta lämpliga sådana och kände sig inte heller trygga beträffande möjligheten att få hjälp av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

”Jag har ju varit på Arbetsförmedlingen förut och frågat om det finns de någonting som skulle liksom passa mig bättre... som jag inte vet eller inte har tänkt på. Och de kan ju inte hittills komma på någonting. Men det kanske ändå finns någonting...”

I intervjuerna beskrevs också att de var osäkra på andra människors förståelse för deras hälsotillstånd samt oroliga för hur de skulle komma att klara sin vardag, om Försäkringskassan skulle bedöma deras arbetsförmåga som större än de själva ansåg. De försäkrade som ansåg att de hade en del av arbetsförmåga kvar samt en drivkraft att arbeta, var tveksamma till att den normalt förekommande arbetsmarknaden skulle kunna erbjuda arbeten med utrymme för

sjukdomen får ingå. Det uttrycktes även en slags besvikelse över att inte kunna hoppas på samhällets hjälp och att det skulle bli svårt att klara sig på egen hand.

”Men ingen som tänker på min situation när jag har gått ut. Att jag har ont hela tiden, varje dag ... varje dag...//... och det (utlåtandet) stämmer helt som det är med mig. Men tror du att det hjälper någonting?”

6 DISKUSSION

6.1 Resultatdiskussion

Avsikten med studien var att få mer kunskap om de försäkrades upplevelser av en utvidgad aktivitetsförmågeutredning. De försäkrade uttryckte både enhetliga och olika åsikter om utredningen. Även när bemötandet i början beskrevs i negativa termer, upplevdes det efterhand som bättre och som positivt i sin helhet. Bemötandet skattades högt då de försäkrade var nöjda med alla aspekter av utredningen; det vill säga när man upplever både respekt och engagemang i mottagandet och att det slutliga utlåtandet är noggrant genomarbetat och rättvist. Även om de försäkrade hade motivation att återgå till arbetslivet, fanns det osäkerhet hos dem beträffande Försäkringskassans beslut om deras arbetsförmåga och deras egen tilltro till sina möjligheter att klara återgång till arbete på egen hand.

Aktivitetsförmågeutredning som arena för bemötande

Studien visar att de försäkrade upplevt ett positivt bemötande från utredarna. Dessa beskrivs som respektfulla, de tar sig tid, svarar på frågor, lyssnar, visar engagemang och kompetens samt är stödjande och uppmuntrande. Detta överensstämmer med tidigare forskningsresultat om bemötandet inom vården (Lynöe, et al., 2013a; Wessel, et al., 2013; Lynöe, et al., 2011; Müssener, et al., 2008a).

Ett bemötande som inger en känsla av att vara sedd, trodd och förstådd uttrycks av informanterna vara ett värdefullt stöd under hela utredningsprocessen. En grundhållning för ett gott bemötande är att möta klienterna på ett värdigt och empatiskt sätt (Blennberger, 2013; Thordarson, 2014). Det positiva resultatet kan delvis förklaras med utredarnas yrkeserfarenheter och därmed sammanhängande förmåga både till empati och till att ta hänsyn till den försäkrades speciella livssituation. Utifrån respondenternas berättelser kan man anta att empatisk lyhördhet hjälper bedömare att bedöma vilket bemötande som är relevant för situationen och därmed öka möjligheterna att förstå den försäkrades upplevelser. Detta är i överensstämmelse med Thordarson (2014), som anser att tidigare erfarenheter och kunskaper är kärnan i utredares kompetens.

De försäkrade beskriver det positiva bemötandet som professionellt och sammankopplar detta med den yrkesgrupp som utför bedömningen. I denna kontext kan man, i enlighet med Blennberger (2013), hävda att den viktigaste personen på arenan för bemötande är den försäkrade, som mottagare och som huvudperson. Den som bemöter är bedömaren, den så kallade professionella aktören. Inom ramen för denna huvudarena kan man tala om olika sammanhang i mottagandet som är avgörande för hur den försäkrade uppfattar kvaliteten i utredningsprocessen och i det slutliga utlåtandet. Av denna anledning är det viktigt att förstå varför även negativa möten uppstår.

Människor som kommer till utredning är oftast oroliga, osäkra, rädda och frustrerade (Fossum, 2013). I den aktuella studien framkommer att mottagarna någon gång under utredningen har känt sig frustrerade och misstänkliggjorda. Detta kan analyseras med hjälp av flera förklaringar. En orsak kan vara bristfällig information från Försäkringskassan om utredningens syfte. Enligt Thordarson (2014) är Försäkringskassan en av landets mest kritiserade myndigheter på grund av kyligt bemötande, ifrågasättande av specialistläkares sjukintyg och okunniga handläggare. Det negativa bemötandet bekräftas av Lynöe et al. (2013b), Wessel et al. (2013), Malterud och Thesen (2008), där studiernas resultat indikerar att det finns utrymme för att förbättra sjukskrivnas möten med Försäkringskassan. Handläggarens uppgift är att stötta den försäkrade, informera om rättigheter och möjligheter samt utreda och samordna åtgärder. Detta ställer stora krav på handläggarna, som dock saknar möjlighet till specialistutbildning jämfört med andra yrkesgrupper (Inspektion för Socialförsäkringen, 2014a).

Utifrån denna bakgrund är en annan förklaring till negativa upplevelser att den försäkrade associerar utredarnas granskande attityd med sina tidigare erfarenheter av bemötande. Exempelvis känner de försäkrade, som kommer till aktivitetsförmågeutredningen, sig ifrågasatta när utredarna försöker få information om deras livssituation. Blennberger (2013) menar att granskare i sitt beteende kan verka tvivlande, och klienten kan känna sig misstrodd. Det kan vara djupt sårande att bli ifrågasatt, särskilt när man redan är i en utsatt situation, som de försäkrade är (Blennberger, 2013). Det beskrivs av informanterna att även kommentarer, såsom "Jag förstår dig" och liknande, kan vara svåra att hantera. Fossum (2013) menar att om bedömaren slentrianmässigt kastar ur sig "Jag förstår", kan denna kommentar uppfattas som en kränkning, eftersom klienten uppfattar det som bedömaren inte alls förstår.

Ännu en möjlig förklaring till upplevelser av negativt bemötande är strukturella begränsningar. Studiens resultat innehåller tänkvärda iakttagelser om bemötandet från utredningsenheten, som ligger utanför personalbemötandet. I enlighet med Wessel et al. (2013), Malterud och Thesen (2008) kan det handla om restriktioner beträffande vilka mötestider som är tillgängliga, formuleringar i informationen som skickas till den försäkrade, när informationen sker, hur mycket tid man kan ge varje klient, vilka självskattningsformulär, tester och aktiviteter som används i utredningen samt i vilken miljö bemötandet sker. I studien framkommer exempelvis att informationen om fotografering och ljudupptagning kan framkalla känslan av att bli

övervakad. Att utredningsenheten följer sjukhusets besöksregler som grundas på juridisk bedömning av Sveriges kommun och Landsting (2011) blir inte klienten informerad om.

För den försäkrade kan det vara svårt att uppfatta olika roller, såsom att AFU utförs av utomstående aktörer efter beställning från Försäkringskassan (Försäkringskassan, 2013b). Den försäkrade kan se utredningen som en del i bedömningen av rätt till sjukpenning, snarare som ett stöd i rehabiliteringsprocessen. Såväl utredande vårdpersonal som Försäkringskassan har ett ansvar att klargöra de olika rollerna och ge den försäkrade en bild av aktivitetsförmågutredningens betydelse i en försäkringsmedicinsk process (Försäkringskassan, 2013b).

Utredarna följer även Försäkringskassans direktiv. Studiens resultat tyder på att om dessa begränsningar inte motsvarar klientens förväntningar kan det orsaka besvikelse. I överensstämmelse med Blennberger (2013) kan bristfälliga möjligheter i pilotverksamheten och i samverkan med Försäkringskassan ses som uttryck för brister i fråga om empatisk lyhördhet på organisationsnivå.

Skapandet av allians, grunden till ett lyckat utredningsarbete

Resultatet i denna studie påvisar att det finns ett samband mellan klientens positiva förväntningar och en stark arbetsallians. Detta kan bekräftas av Castonguays och Constantinos (2006) forskning om arbetsallians. Enligt denna skapas ett slags positiv känslomässig bindning, som stärks av klientens upplevelse av trygghet, tillit, medkänsla och delaktighet. En levande kommunikationsprocess under den korta utredningstiden skapar en relation och är avgörande för samarbetet mellan bedömare och den som ska bedömas (Castonguay & Constantino, 2006).

I studien framkommer det att bristande kommunikation innebär okunskap hos den försäkrade och leder till en egen uppfattning som inte överensstämmer med den verkliga situationen. Att detta framkallar frustration hos huvudpersonen kan förklaras enligt Thordarson (2014): okunskap kan utvecklas till pretentioner som blir ännu svårare att bemöta, eftersom en krävande person kan vara irriterad. Vidare menar Thordarson (2014) att utöver frustration kan oro, rädsla och smärtupplevelser försvåra kommunikationen, om den inte fångas upp och bemöts. Att fånga upp affektivt laddade situationer anses ingå i ett professionellt förhållningssätt, oavsett yrkesroll i teamet (Kåver, 2011; Thordarson, 2014). En god kommunikationsförmåga innebär förmåga att lyssna, informera och diskutera med klienten om dennes uppfattning (Wessel et al., 2013).

Ett negativt samband mellan kvaliteten på alliansen och klientens beteende under aktivitetsförmågutredningen kan även förklaras med negativt tankeinnehåll hos den försäkrade (Castonguay & Constantino, 2006). Den aktuella studien visar att klienten kan använda sig av försvarsmönster i enlighet med tidigare bemötande. Detta kan bekräftas av Kåver (2011), som menar att relationshistoria är en del av de faktorer som påverkar skapandet av arbetsalliansen.

En annan faktor som kan påverka inställningen negativt tycks av informanterna vara tidigare sporadiska kontakter inom Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Att berätta om sin livssituation upprepade gånger för en främmande person och bli bedömd av en yrkesmänniska som man knappt har varit i kontakt med, upplevs i enlighet med Kåver (2011) som psykiskt påfrestande och inger oro inför nya möten. De ständigt pågående förändringarna inom Försäkringskassan och sjukvården uppfattas som hinder för kontinuerliga personliga kontakter. Även tilltagande användning av blanketter och passiva väntetider för sjukskrivna kan vara konsekvensen till negativ inställning (Thorstensson, Mathiasson, Arvidson, Heide, & Petersson, 2008).

Det ovan nämnda förklarar även varför ett framträdande resultat i studien är betydelsen av den utredande läkarens engagemang. Läkaren, som är den som först möter den försäkrade, bygger upp ett bra samtalsklimat och lindrar den försäkrades oro. Det tycks vara värdefullt att klienten får utrymme till bearbetning av felaktiga uppfattningar om aktivitetsförmågeutredningen och att man tillsammans med läkaren kan skapa realistiska förväntningar. Att undersökningen syftar till att komma fram till en beskrivning av den försäkrades medicinska förutsättningar för aktivitet måste tydligt förklaras för den försäkrade (Försäkringskassan, 2013b). Det är också betydelsefullt att den försäkrade förstår att AFU bara är ett av flera underlag som den personliga handläggaren måste väga in vid arbetsförmågebedömning (Försäkringskassan 2013d). I enlighet med Kåver (2011) finns det annars en risk att underförstådda förväntningar leder till besvikelse senare i utredningen.

Den utredande läkaren erbjuder sin kompetens och empati för att ta emot klientens smärtsamma berättelser och scannar av i vilken känslomässig balans den försäkrade befinner sig. Klienten ska känna sig respekterad precis som hen är, med sin sjukhistoria och sina erfarenheter (Kåver, 2011). I studien framkommer att den försäkrade uppskattar att få tillräcklig tid hos läkaren. Mötet blir personligt och ett tillfälle att ta upp olika frågor, så att läkaren kan skapa en helhetsbild av den försäkrades situation. Tidsaspektens viktighet stärks av Blennberger (2013), som lägger tonvikten i bemötandet på tiden som finns, hur ofta man bemöter en viss person och hur länge.

Upplevelser av utvidgade bedömningsinsatser

Den aktuella studien visar att på den arbetsallians som grundläggs av läkaren bygger paramedicinarna, utifrån sin bedömningskompetens, ett bemötande som formar ett situationsanpassat samarbete. Enligt Blennberger (2013) är denna förmåga särskilt viktig när man träffar klienten bara vid ett eller två tillfällen.

De försäkrade uppskattar paramedicinarnas pedagogiska förhållningssätt under utredningsprocessen. Ett pedagogiskt perspektiv innebär att bedömare inte omedelbart vet vilken metod som ska användas, eftersom det behövs tid för att se människan bakom sjukdomen och att förstå var den försäkrade befinner sig (Julin, 2013). Utifrån de krav som

ställs på bedömarens enligt Försäkringskassans manual för utvidgad AFU (Försäkringskassan, 2013b), ska utredaren ge utförlig information om testproceduren och vad den förväntas leda till. Dock finns det bara ett litet utrymme för en kort intervju (Försäkringskassan, 2013b). Att vikten ligger på bedömningens syfte är i enlighet med Rhule, McMahon och Vando (2009), som betonar att bedömningens avsikt ska vara tydlig men att bedömningen också ska vara socialt lämplig och acceptabel för den som deltar i utredningen.

Utifrån resultatet av denna studie uppskattar de försäkrade ett pedagogiskt möte, som innehåller ett samarbete via kommunikation och leder till förtroende. Detta överensstämmer med Fossum (2013) som anser att för skapandet av tillit krävs mer än ”småprat”, innan man sätter den som ska bedömas i en testsituation. Det ingår i bedömarens uppgift att med social smidighet knyta samman mer eller mindre formella moment under bedömningssituationen (Försäkringskassan, 2013b). Mötet är ett givande och tagande, där bådas kunskaper är lika mycket värda (Fossum, 2013). Thordarson (2014) anser dessutom att ett pedagogiskt förhållningssätt har en positiv inverkan på förtroendet för myndigheter.

Deltagarna tar upp att under testtillfällena känner dem försäkrade sig delaktiga. Att själv kunna bestämma över sitt deltagande i tester genom att sätta gränser, ger känslan av autonomi, vilket gör det lättare att acceptera oväntade besked gällande aktivitetsbegränsningar. Detta bekräftas av Berglund, Westin, Svanström och Johansson Sundler (2012), som anser att delaktighet i de beslut som tas minskar risken för bedömningar som är svåra att acceptera.

Ett antagande utifrån resultatet är att bakom utredningsprocessen står paramedicinarnas humanistiska grundsyn, som innebär ömsesidighet och delat ansvar för resultatet. Deltagarna tar upp att bedömarens hållning, som kännetecknas av intresse, underlättar för den försäkrade att presentera sina symptom utifrån sina kroppsliga och mentala upplevelser vid genomgången av tester. Om den försäkrade är tveksam över testernas betydelse och uppvisar ett kritiskt förhållningssätt, då i enlighet med Castonguay och Constantino (2006) ska utredaren ändra sin strategi och uppvisa bemötandekompetens genom att vara lyhörd för sin klient.

I intervjuerna i denna studie framkommer att dem försäkrade uppskattar att utredaren kompletterar praktiska uppgifter med frågeställningar. Man undersöker problemet tillsammans med den försäkrade och delar ansvaret för resultatet. Att uppfatta och förstå klienten innebär att ta emot individens berättelse utan att döma personen utifrån detta (Tveiten & Ruud Knutsen, 2010). Ett öppet reflekterande ger den försäkrade möjligheten att förneka eller nyansera observationer; dialogen aktualiserar värdet av social interaktion och ger utrymme för att bidra med sina egna synpunkter (Tveiten & Ruud Knutsen, 2010). Social interaktion bidrar till känslor av värdighet och leder till egenmakt och delaktighet (Svensson, Müssener & Alexanderson, 2006). Som motsats kan negativ självvärdering bidra till psykologisk maktlöshet (Svensson et. al., 2006).

Resultatet av den här studien bekräftar att också stöd, bekräftelse och uppmuntran bör komma till uttryck (Blennberger, 2013).

Angående frågan om rättssäkerhet är det betydelsefullt för den försäkrade att utredningen ger ett neutralt omdöme om medicinska förutsättningar för arbete (Försäkringskassan, 2013b). Den aktuella studien tyder på vissa samband mellan bedömningssituationen och tvivel från de försäkrades sida beträffande rättvisan i bedömningen. Det visar sig vara av stor vikt att den som ska bedömas förstår syftet med testerna och att den som bedömer anpassar sin introduktion av dessa till individen.

I intervjuerna i denna studie framkommer att den konstruerade bedömningsmiljön inte upplevs likna arbetsmiljön. Att bedömningarna genomförs i en miljö som är likadan för alla bidrar enligt Försäkringskassan (2013b) till rättvisa. Utifrån den försäkrades perspektiv kan man ifrågasätta detta eftersom i den konstruerade miljön är bedömarens möjligheter att anpassa uppgifter utifrån den försäkrades förutsättningar begränsade. Enligt författarens erfarenheter saknas det förutsättningar att observera sociala färdigheter, stresskänslighet i en störande miljö samt raster och andra faktorer som tillhör till den reella arbetsmiljön. Utredaren iakttar oförmågor som kommer att användas i handläggningen för arbetsförmågebedömning i förhållande till normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden (Försäkringskassan, 2013b). Med tanke på bedömningsmöjligheterna i den konstruerade miljön kan man undra om medicinska förutsättningar i utredningsresultatet är överförbara till de kategorier som arbetsmarknadens krav uttrycks i. Detta resonemang har likheter med handläggarnas åsikter som anser att kunskapsunderlaget (Försäkringskassan, 2013e) inte kan anses leverera absoluta sanningar (Försäkringskassan, 2014c).

Ännu en aspekt som framkommer i studien är den korta bedömningstiden. Hinner man verkligen under två timmar täcka in allt som ska bedömas? Enligt författaren gäller dilemmat framförallt dem som har en viss arbetsförmåga, vilket gör att utredningstiden inte är tillräcklig för att bedöma deras uthållighet. En annan synvinkel som beskrivs av respondenterna, gäller tidpunkten. Ett mer tillförlitligt omdöme skulle nås om bedömningen utfördes vid olika tillfällen, eftersom den försäkrades dagsform kan vara varierande.

Olika uppfattningar om meningen med testerna kan bero på faktorer såsom utbildningsnivå, begränsningar orsakade av olika diagnoser, personlighet och så vidare. Men det problem som betonas i den aktuella studien är att testerna inte liknar arbetsuppgifter och att den försäkrade har svårt att se kopplingen till ett arbete. För att klienten ska uppleva testerna som meningsfulla, behöver bedömare klargöra att man framförallt ska se klientens färdigheter och begränsningar och att arbetsuppgifterna i sig inte är det viktigaste (Försäkringskassan, 2013b).

Man bör ta hänsyn till att den försäkrade inte kan ha förståelse för att bedömningen ska vara kostnads- och tidseffektiv och att det bakom testsituationen finns kriterier som emellanåt inte fyller klientens förväntningar (Försäkringskassan, 2013b).

Målgruppen för AFU är i första hand de försäkrade som är på väg att passera dag 181 i rehabiliteringskedjan (Försäkringskassan, 2013b). Den aktuella studien visar att det finns försäkrade som kommer till AFU när de är långt över denna tidpunkt. Detta innebär att de

oftast inte klarar att slutföra uppgifter under observationen och utredaren måste ta hänsyn till eventuella behov av anpassningar och tänka på skaderisk.

Man kan ifrågasätta om det nya instrumentet är tillräckligt för att bedöma försäkrade med lång sjukhistoria. Vidare kan man fråga sig hur det kommer att gå med utvecklingen av den nya modellen, om den redan från början delvis används för fel målgrupp.

I studien beskrivs av informanterna olika faktorer som anses påverka deras upplevelser av rättssäkerhet. Utlåtandet uppfattas som trovärdigt och rättvist, om läkaren bedömer alla försäkrade på lika villkor, använder begripliga ord och tillämpar de föreskrifter och lagar som gäller (Blennberger, 2013; Thordarson, 2014). Utifrån studiens resultat är en viktig aspekt av detta att mottagaren får bekräftelse på sina aktivitetsbegränsningar genom diskussionen och genomgången av det skriftliga utlåtandet tillsammans med den utredande läkaren. Det ger den försäkrade möjligheten att instämma i eller avvika från bedömarens uppfattning och kan dokumenteras av läkaren. Därför är det viktigt att den huvudsakliga inriktningen är ett personligt möte och att ett telefonmöte bokas bara vid särskilda skäl, såsom avstånd (Försäkringskassan, 2013b).

Deltagarna tar upp känslan av att vara ifrågasatt. Enligt Thordarson (2014) kan man kopplas det till ett slags maktobalans, som den försäkrade kan uppleva genom läkarens beslutsrätt gällande utlåtandet. Den försäkrade måste förstå att läkaren har en plikt att värdera validiteten i de svar som lämnats, särskilt när den försäkrades egen uppfattning skiljer sig från de medicinska underlagens funktionsangivelser (Försäkringskassan, 2013b).

Ett antagande utifrån resultatet är att det trevliga bemötandet av utredarna och den skapade tilliten till läkaren kan leda till att den försäkrade bagatelliserar problemet istället för att argumentera för varför den egna uppfattningen om sin aktivitetsförmåga skiljer sig från den slutliga bedömningen. Av denna anledning är det viktigt att den försäkrade lämnar aktivitetsförmågeutredningen med kunskap om att Försäkringskassans handläggare utifrån den aktuella utredningen kommer att relatera den försäkrades medicinska förutsättningar till arbetsmarknadens krav (Försäkringskassan, 2013e). Att acceptera något som man egentligen inte helt håller med om kan även kopplas till den försäkrades hälsosituation, där man inte orkar hamna i konflikter med myndigheter.

Den försäkrades syn på återgång till arbete

Resultatet i denna studie påvisar att de försäkrades egen uppfattning om sin aktivitetsförmåga överensstämmer i stort sett med den slutliga bedömningen.

Förutom graden av aktivitetsförmåga framkommer andra faktorer, som den försäkrade upplever ha betydelse för möjligheten att komma tillbaka till en arbetsmarknad. Utifrån resultatet kan tre grupper särskiljas.

Den första gruppen är de som har en anställning, håller kontakt med sin arbetsgivare och vill återgå till sin ordinarie arbetsplats om arbetsuppgifterna är lämpliga. Att man uppskattar kollegornas stöd är i enlighet med Svensson, Müssener och Alexanderson (2010), som framhåller att social interaktion ökar människans självkänsla. Deltagarna tar upp att arbetsgivarens ansträngningar med arbetsanpassning hjälper till att upprätthålla en positiv inställning som underlättar processen att återgå till arbetslivet.

Den andra gruppen är de försäkrade som har varit sjukskrivna mellan sex till tolv månader och accepterar att prova något nytt på den normalt förkommande arbetsmarknaden, om de får stöd av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Den tredje gruppen är de som har varit sjukskrivna i olika omfattningar upp till elva år och inte visar något intresse för att hitta vägen tillbaka till arbetsmarknaden. Det beskrivs av informanterna att arbetsprövningar med förhastade lösningar och olämpliga arbetsuppgifter kan ha sänkt motivationen ytterligare. I övre medelåldern är man rädd att prova på något nytt, om man har haft samma jobb nästan hela sitt liv. Under sjukskrivningarna har man tappat tron på sin egen arbetsförmåga och är tveksam till den aktuella utredningen samt upplever osäkerhet inför Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan. I enlighet med Thorstensson et al. (2008) finns det sjukskrivna som inte vill eller inte har något intresse av att bli frisk. För dem är bemötande och allt samarbete mellan sjukvården och Försäkringskassan negativ (Thorstensson, et al., 2008).

I resultatet framkommer att respondenterna har ganska olika nivåer av drivkraft och intresse av att återgå i arbete. De beskriver både individrelaterade och yttre faktorer som påverkar motivationen. En omständighet anses vara i vilken livsfas den försäkrade befinner sig och att de har förstått sitt eget ansvar i processen. En annan faktor visar sig vara rädslan att misslyckas på grund av att de har blivit socialt isolerade under lång sjukskrivningsperiod. Även ålder anses som påverkande på motivationen.

Yttre faktorer, som nämns av informanterna, är framförallt familjens och arbetsgivarens stöd samt tillit mot Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Eventuellt har barn också betydelse eftersom man vill vara en bra förebild och man som förälder har större ansvar för ekonomin.

Individens egen motivation spelar inte någon stor roll vid identifiering av arbetsförmåga men är tillsammans med självtillit avgörande för om den försäkrade kommer att arbeta i framtiden (SOU 2008:66). För att skapa och behålla ambition och självförtroende måste den försäkrade möta positiv respons från andra människor. Individens uppfattning om hur man blir bedömd av andra är relaterad till självvärdering och kan vara avgörande för framgång eller misslyckande (Svensson et al., 2006). Att få bekräftelse av sin förmåga vid rätt tidpunkt gör att man tror mer

på sin egen förmåga (Fossum, 2013). Mötena påverkar självförtroendet och kan därmed underlätta återgång till arbete (Müssener, et al., 2008b; Müssener, 2012 & Upmark et al., 2007).

Av denna anledning skulle aktivitetsförmågeutredningen i sin helhet kunna vara mer uppmuntrande. AFU avser att fånga förmågor snarare än oförmågor (Försäkringskassan, 2013f) men den aktuella studiens resultat tyder på att aktivitetsförmågeutredningen inte uppfyller detta syfte. Den försäkrades medicinskt relaterade förmågor lyfts fram när handläggaren ska relatera till arbetsmarknadens krav men då indirekt genom att granska vilket arbete man kan tänkas klara av med nuvarande begränsningar (Försäkringskassan, 2013c). Yrkeslistan riskerar definiera vilka yrkeskrav som ställs på den försäkrades förmågor i teorin vilket kan anses vara problematiskt vid kopplingen till de krav som ställs på individens förmågor på arbetsmarknaden i praktiken.

Ännu ett viktigt resultat i denna studie är att, förutom den försäkrades inre resurser, viljemässiga tankar och känslor, även andra aspekter såsom livskvalitet och -glädje måste upplevas av individen för att man ska känna sig motiverad att ta itu med saker i livet (Kielhofner, 2008). De försäkrade är rädda för att Försäkringskassan vill ha dem tillbaka i arbetslivet innan de kan hantera sin vardag och har ork för ett socialt liv. Detta kan förklaras med resultat från Bejerholm och Areberg (2014) som visar att den som har social gemenskap, meningsfulla upplevelser, rutiner och struktur i vardagen också känner sig motiverad och redo för att återgå till arbete.

De försäkrade uppger även att de upplever oro inför framtiden på grund av ohälsa och rädsla för att inte få tillräckligt stöd. Ansvar för att stötta individen vid återgång till arbete delas mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, arbetsgivaren och den försäkrade (Müssener, 2012). Alla förändringar som utförs i systemet, alla projekt som provas, har inverkan på den försäkrades förmåga att hantera situationen inför återgång till arbetslivet. Bemötandet från aktörerna påverkar hur den försäkrade hanterar sin situation (Müssener, 2012).

Systemets utformning i sig borde inte bidra till att de professionella har svårt att ta hänsyn till den försäkrades individuella behov och förutsättningar. Det är angeläget att den försäkrades egna resurser tas tillvara. Man behöver väga samman funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning i anslutning till individuella förmågor och förutsättningar samt tillgångar i omgivningen.

Mot bakgrund av detta kan det vara värdefullt att utveckla professionella metoder under AFU som kan öka den försäkrades egenmakt och självförtroende, såsom att lägga större vikt vid aktivitetsförmågan än på begränsningar. Med samtalsstrategier och resursbeskrivning skulle man uppmärksamma den försäkrades möjligheter att utföra aktiviteter och därmed framkalla positiva känslor som kan stärka klientens tilltro på sin egen förmåga, skapa motivation, underlätta återgång till arbetslivet och hjälpa den försäkrade sträva mot nya mål i livet.

6.2 Metoddiskussion

Under 2011-2014 har ett flertal uppföljningsinsatser till pilotverksamheten av aktivitetsförmågeutredningar utförts och ytterligare utvärderingar har planerats (Försäkringskassan, 2014c). I den här studien var ambitionen att förstå utredningsprocessen utifrån den försäkrades perspektiv.

För att öka kunskapen om den försäkrades upplevelser vid utvidgad aktivitetsförmågeutredning, bedöms den kvalitativa forskningsmetoden ha varit lämplig. I enlighet med Yin (2013) är en kvalitativ metod lämpad för att beskriva individers liv under verkliga förhållanden samt förstå deltagarens värld och innebörden av dennes ord och meningar. Semistrukturerade forskningsintervjuer, som enligt Kvale och Brinkman (2014) är tillrädliga för att beskriva den intervjuades livsvärld, bedöms ha varit ett lämpligt tillvägagångssätt. De insamlade data gav en trovärdig tolkning av den försäkrades livsvärld och berikade kunskapen om det studerade området.

En abduktiv ansats med kombination av deduktion och induktion tillämpades (Patel & Davidsson, 2011). Det vill säga att undersökningen baserades dels på tidigare forskningsresultat som var grunden till frågeställningar; dels på insamling av data om nya områden som sedan förklarades och kopplades till tidigare vetenskaplig lärobyggnad. Det abduktiva arbetssättet hade en fördel att det inte låste forskaren i så hög grad vilket kan bli fallet om man arbetar strikt deduktivt eller induktivt (Patel & Davidson, 2011). Dock kunde undersökningen vara färgade av forskarens tidigare erfarenheter och tidigare forskning som innebär att studien inte startade förutsättningslöst.

Även om metoden anses ha varit lämplig har studien ett antal begränsningar. Studien kan betraktas som liten, förfrågan om deltagande blev positivt bemött av endast nio av tolv försäkrade, av dessa nio uteblev två. Det hade också varit önskvärt att kunna ha en större variation mellan deltagarna, att bara en av intervjuade hade psykiska besvär, kan man anses som studiens svaghet. Urvalet var styrt av beställningsflödet, och under den korta tidsmarginalen för intervjutillfällena hade det inte varit möjligt att selektera mer.

Eftersom det finns skillnader mellan kvinnors och mäns erfarenheter av vårdpersonal (Müssener, et al., 2008; Upmark, et al., 2007), hade man önskat en jämnare könsfördelning bland informanterna. Generellt är det fler sjukskrivna kvinnor i alla yrkesgrupper (Afa försäkring, 2014), och detta speglades i det slutliga urvalet som utgjordes av fem kvinnor och två män, åldersintervallet var mellan 50 och 61 år. Sjukskrivningslängden för informanterna var mellan sex månader och elva år. Sjukskrivningens omfattning varierade mellan olika försäkrade samt för varje person över försäkringens tid. Den mest förekommande orsak till sjukskrivningen var muskuloskeletal besvär och somatiska besvär, bara en försäkrade hade svårigheter med psykisk ohälsa. Man hade önskat mer variation gällande representerade besvär samt ålder.

Även en bredare involvering av utredarna hade kunnat ge möjlighet att fånga upp mer varierande upplevelser. Sammanlagt var nio olika utredare involverade; fyra läkare, två arbetsterapeuter, två sjukgymnaster och en psykolog. Att psykologen var involverad bara i en utredning, anses vara en nackdel i studien.

Genomförandet av studien kan ha varit påverkat av forskarens personliga roll inom forskningsområdet; detta kan dock ses både som en styrka och en svaghet. Eftersom forskaren arbetar på den försäkringsmedicinska enhet, där informanterna genomgick utredning, kan man tala om insiderforskning (Yin, 2013). Yin anser att en sådan situation inte rymmer stor konfliktpotential men kan få komplicerade följder, till exempel i termer av övervakning. Med hänsyn till detta informerades alla deltagare öppet om den personliga anknytningen. Att vara uppriktig om vem man är, är det säkraste sättet att presentera sig för att bygga upp en bra relation till respondenten (Yin, 2013).

Samtalen kunde vara både negativt och positivt färgade av faktorer som är relaterade till den intervjuades arbetsplats, men samtidigt var man väl förberedd inom det område som studerades. Patel och Davidson (2011) ser det som en fördel att forskaren har förkunskaper som är aktuella för studien. Med omväxling mellan närhet och distans blir forskaren i högre utsträckning delaktig i forskningsprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). Det kan tänkas att den personliga relationen påverkade respondentens motivation att ge fullständig information i intervjusituationen och att respondenterna har varit mer än vanligt positiva i sina skildringar av erfarenheter. För att undvika deltagarnas reaktioner på forskarens personliga roll, inbegripet deras val av inställning och svar i samtalet, har man noga lyssnat till respondentens uttalade ord, istället för att dominera själv i samtalet. Detta hjälpte intervjuaren till goda insikter i hur de försäkrade tänkte kring utredningsprocessen. I enlighet med Patel och Davidson (2011) hjälper det intervjuaren att man visar intresse och förståelse för respondenten, liksom accepterande inför uttryck av känslor och attityder.

En inspelad pilotintervju hjälpte till att förbättra intervjutekniken och korrigera samtalsguiden. Dessutom gav den insikten om att det redan under intervjuens gång var nödvändigt att komma med preliminära tolkningar. Eftersom deltagare med ohälsa kunde ha svårt att koncentrera sig, presenterades ibland tolkningar genom att ställa frågan om respondenten menade så som man uppfattat det. På det sättet undvek man tolkningsfel i analysen av materialet (Patel & Davidson, 2011; Yin, 2013).

Sju semistrukturerade intervjuer genomfördes. Vid en kvalitativ analys finns inga regler för urvalets storlek. Polit och Beck (2012) påpekar att ett litet antal kan räcka, om informanterna kan reflektera över och berätta om sina upplevelser och erfarenheter. Eftersom liknande upplevelser, som gav en beskrivning av studiens syfte, framkom i de sju intervjuerna, kan antalet intervjuade anses vara tillräckligt för att uppfylla den teoretiska mättnaden.

Att intervjuerna genomfördes direkt efter slutsamtalet hos läkaren visade sig vara till fördel för insamling av upplevelser som fanns färskt i minnet. Den halvstrukturerade intervjuformen gav utrymme till att vid otillräcklig information ställa följdfrågor och att den försäkrade kunde besvara frågorna fritt (Kvale & Brinkmann, 2014). En låg grad av standardisering i samtalet gav den försäkrade möjlighet att skildra sina upplevelser under utredningen samt berätta om under vilka sociala och institutionella villkor de levde sitt liv.

Författaren är van att styra ett samtal. Trots detta visade det sig att situationen krävde mycket uppmärksamhet och ansträngning. Eftersom det ofta förekom att respondenter ”tappade tråden”, försökte intervjuaren styra samtalet med ytterligare frågor för att få fram mer innehåll och intresseväckande skildringar av upplevelser. Med avsikten att nå en djupare förståelse av den försäkrades livsvärld förekom även känslomässiga frågor. Detta krävde intervjuarens lyhördhet och improvisation för att avleda respondenten i känsliga samtalssituationer. I enlighet med Yin (2013) kan studerandet av verkliga händelser ställa forskaren inför oväntade utmaningar, där man är tvungen att hantera svåra emotionella mellanmänniska situationer. Intervjuarens förmåga till medkänsla spelar en viktig roll (Patel & Davidson, 2011).

Fördelen med ljudinspelningarna var exakt registrerade svar, vilket stärkte resultatets trovärdighet samt gav intervjuaren möjlighet att i högre grad fokusera på ämnet och dynamiken i frågesamtalet (Kvale & Brinkmann, 2014). Enligt Malterud (2009) fångar inspelningarna bara upp konversationens språkliga element; därför transkriberades det insamlade materialet till skriven form samma dag eller dagen efter intervjun. Det tidskrävande och mödosamma arbetet gav samtidigt en god kännedom om materialet och förståelse för helheten.

Forskningsprocessen grundade sig i en abduktiv ansats som enligt Patel och Davidsson (2011) är en fördel eftersom forskaren inte låser sig i teori eller empiri. Inledningsvis utgick man från en deduktiv ansats då kunskaper från tidigare forskning om forskningsområdet inskaffades. Utifrån den teoretiska basen, som handlade om sjukskrivna personers upplevelse av bemötandet från olika rehabiliteringsaktörer, utformades sedan frågeställningar och en intervjuguide. Den induktiva ansatsen innebar att dataanalysen fokuserade mer på deltagarnas svar än på intervjuguiden, för att förutsättningslöst analysera den försäkrades upplevelser vid utredningstillfällena. Denna medförde nya tillvägagångssätt att angripa existerande fenomen och nya genomgående ämnen tillkom, sedan framställde man teorin utifrån dem försäkrades erfarenheter (Patel & Davidsson, 2011).

Kunskaper om forskningsområdet hjälpte i enlighet med Yin (2013) undvika oavsiktliga upprepningar samt minskade risken för misstolkning av egna data. Noggrannhet i tillvägagångssättet eftersträvades genom försiktighetsåtgärder: dubbelkontroll av data, genomgripande och fullständig analys utifrån Graneheim och Lundman (2004) samt kritisk granskning av värderingar (Yin, 2013).

För att sortera in liknande uppgifter på samma ställe och för att följa analysprocessen med precision användes Exceltabeller. I enlighet med Malterud (2009) underlättade användning av Exceltabeller kategoriseringen och skapandet av helhetsbilden samt ökade studiens validitet. Det visade sig att inga nya kategorier tillkom vid analysen av de två sista intervjuerna; därmed kunde kategorierna verifieras och det tydde på en viss måttad i det insamlade materialet.

Resultatets trovärdighet styrktes genom citat som avspeglade de fenomen som beskrevs (Holloway & Wheeler, 2010). För att uppnå tillförlitlighet och trovärdighet ska forskningsprocedurerna vara transparenta (Yin, 2013). Av denna orsak beskrev man i den aktuella studien forskningsprocessen och diskuterade kring forskningsmetoden, för att andra personer ska kunna förstå och granska innehållet. Patel och Davidson (2011) argumenterar för att läsaren ska själv få möjlighet att bedöma tolkningens trovärdighet; tolkningar har därför presenterats som tillägg (bilaga 5).

Kvale och Brinkmann (2014) hävdar att hög reliabilitet innebär att utförandet av studien skall leda till samma slutsats även om studien skulle göras av någon annan. Detta anses vara osäkert, eftersom intervjupersoner inte agerar på samma sätt och kan uppfatta olika saker som viktiga i utredningen samt har olika upplevelser av bemötandet.

Eftersom antalet deltagare - på grund av de tidsbegränsningar som ett examensarbete medför - är litet, är man medveten om materialets begränsningar och ämnar generalisera utifrån den studerade intervjugruppen till en större population med försiktighet.

6.3 Konklusion

Denna intervjustudie av sju försäkrade har visat att ett klientcentrerat bemötande med pedagogiskt förhållningssätt ökar den försäkrades känsla av delat ansvar för den slutliga bedömningen samt skapar bättre förutsättningar för förståelse för beslut och en upplevelse av att bedömningen är rättvisande. Att inte vara helt överens med den slutliga bedömningen verkar ha samband med den försäkrades bristande förståelse av utredningens syfte samt klientens osäkerhetskänsla inför framtiden.

De försäkrades funderingar över sina möjligheter att återgå till arbete handlar mycket om begränsningar. Utifrån de försäkrades perspektiv är det viktigt att ge dem kunskap om och djupare insikt i sina personliga resurser och förutsättningar för att själva på bättre sätt kunna bedöma sin situation och drivkraft inför återgång i arbete.

Studien har visat att bemötandet under aktivitetsförmågutredning utmärks av respekt och upplevs som positivt i sin helhet, men även kan uppfattas som granskande. Därför borde aktörer aktualisera vikten av upplevelser vid bemötandet och ställa frågan vilka konsekvenser ett visst bemötande i samband med utredningen kan leda till.

7 TILLKÄNNAGIVANDE

Författaren vill uttrycka sitt uppriktiga tack till alla försäkrade som genom sina erfarenheter, upplevelser och meddelsamhet möjliggjorde den här studien. Ett stort tack till min handledare Christian Ståhl för konstruktiv återkoppling med värdefulla synpunkter. Tack även till mina kollegor för stöd och visat intresse. Tack till Anna Maria Rosendal som har bidragit med språkrevideringar.

8 REFERENSER

Afa försäkring (2014). *Sjukskrivningsmönster hos kvinnor och män. Rapport*. Hämtad 2015-04-12 från: <http://www.mynewsdesk.com/se/afaforsakring/documents/sjukskrivningsmoenster-hos-kvinnor-och-maen-rapport-afa-foersackring-34409>

Axén, G., Eliasson, D., Eriksson M., & Josephson, M. (2013). *Metoder för bedömning av arbetsförmåga. Socialförsäkringsutskottets betänkande 2012/13: Sfu10*. Hämtad 2015-03-12 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottensdokument/Betankanden/Metoder-for-bedomning-av-arbet_H001Sfu10/

Bejerholm, U., & Areberg, C. (2014). Factors related to the return to work potential in persons with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 277-286.

Berglund, M., Westin, L., Svanström R., & Johansson Sundler, A. (2012). Suffering caused by care – Patients experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7, 1-9.

Blennberger, E. (2013). *Bemötandets etik*. Lund: Studentlitteratur.

Burstrom, B., Nylén, L., Clayton, S., & Whitehead, M. (2011). How equitable is vocational rehabilitation in Sweden? A review of evidence on the implementation of a national policy framework. *Disability and Rehabilitation*, 33, 453-466.

Castonguay, G.L., & Constantion, J.M. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.

Danderyds Sjukhus. (2015). Sektion smärt- och stressrehabilitering Försäkringsmedicinsk Utredningsenhet. Årsberättelse 2014. Stockholm: Författaren.

Fossum, B. (2013). *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården (2 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2005). Etisk kod för arbetsterapeuter. Stockholm: Författaren.

Försäkringskassan. (2013a). *Utredning av aktivitetsförmåga*. Hämtad 2014-03-26 från: https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/omfk/samverkan_och_projekt/utredning_afu/

Försäkringskassan. (2013b). Manual för genomförande av utvidgad undersökning inom ramen för Aktivitetsförmågutredning (AFU). Stockholm: Författaren.

Försäkringskassan. (2013c). Kunskapsunderlag: Beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Stockholm: Författaren.

Försäkringskassan. (2013d). *Utvärdering av hittillsvarande försöksverksamhet beträffande vidareutveckling av metoder och verktyg för bedömning av aktivitetsförmåga (AFU)*. Hämtad

2015-04-03 från: http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/7cc5b8bc-cfc6-43f4-acdea8093d6625f7/regeringsuppdrag_svar_pa_tillaggsuppdrag_AFU_033962_2013.pdf?MOD=AJPERES

Försäkringskassan. (2013e). Redovisningsrutiner och krav. Stockholm: Författaren

Försäkringskassan. (2013f). Metoden för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport. Stockholm: Författaren.

Försäkringskassan. (2014a). *Sjukfrånvaros utveckling. Delrapport 1, år 2014. Socialförsäkringsrapport 2014:12*. Stockholm: Försäkringskassan Analys och prognos.

Försäkringskassan. (2014b). *Sjukfrånvaros utveckling. Delrapport 2, år 2014. Socialförsäkringsrapport 2014:18*. Stockholm: Försäkringskassan Analys och prognos.

Försäkringskassan (2014c). *Uppdrag om pilotverksamhet för vidareutveckling av metoder och verktyg för bedömning av arbetsförmåga*. Hämtad 2015-04- 24 från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/21/70/90/195f25d8.pdf>

Försäkringskassan. (2015). *Rehabiliteringskedjan*. Hämtad 2015-01-18 från: https://www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukskrivning_och_sjukpenning/rehabiliteringskedjan

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Holloway, I., & Wheeler, S. (2009). *Qualitative Research in Nursing and Health Care (3rd ed)*. Oxford: BlackwellScience Ltd.

Inspektionen för Socialförsäkringen (2014a). Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande – Från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Rapport 2014:9. Stockholm: Författaren.

Inspektionen för Socialförsäkringen (2014b). Leder utredning av sjukskrivna till ökad återgång i arbete? Rapport 2014:21. Stockholm: Författaren.

Julin, M. (2013). *Pedagogiska samtal i psykiatrin*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Järvholm, B., Karlsson, B., & Mannelqvist, R. (2009). Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – så beskrivs begreppet i lagstiftningen. *Läkartidningen nr. 17,106*.

Järvholm, B., Mannelqvist, R., Olofsson, C., & Torén, K. (2013). *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur.

Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation: Theory and Application (3rd ed)*. Maryland: Lippincott Williams & Wilkin.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun (3 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

- Kåver, A. (2011). *Allians. Den terapeutiska relationen i KBT*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lederer, V., Loisel, P., Rivard M., & Champagne, F. (2013). Exploring the Diversity of Conceptualizations of Work (Dis)ability: A Scoping Review of Published Definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation* 10, 1007/10926.
- Ludvigsson, M., Svensson, T., & Alexandersson, K. (2006). *Begreppet arbetsförmåga – en litteraturgenomgång. Arbete och hälsa*, 8. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Lynöe, N., Wessel, M., Olsson, D., Alexanderson, K., & Helgesson, G. (2011). Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sicklisted patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ Open*, 2:e000246.
- Lynöe, N., Wessel, M., Olsson, D., Alexanderson, K., & Helgesson, G. (2013a). Does feeling respected influence return to work? Cross-sectional study on sick-listed patients' experiences of encounters with social insurance office staff. *BMC Public Health*, 13, 268.
- Lynöe, N., Wessel, M., Olsson, D., Alexanderson, K., Tännsjö, T., & Juth, N. (2013b). Duelling with doctors, restoring honour and avoiding shame? Across-sectional study of sick-listed patients' experiences of negative healthcare encounters with special reference to feeling wronged and shame. *Journal of Medical Ethics*, 39, 654-657.
- Malterud, K., & Thesen, J. (2008). When the helper humiliates the patient: a qualitative study about unintended intimidations. *Scand J Public Health*, 36, 92-98.
- Malterud, K. (2009). Kvalitativa metoder i medicinsk forskning (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Mannelqvist, R. (2012). *Arbetsförmåga i sjukförsäkringen - rätt och tillämpning*. Uppsala: Författaren och Iustus Förlag.
- Müssener, U., Festin, K., Upmark, M., & Alexanderson, K. (2008a). Positive experiences of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long-term sick leave. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 805-811.
- Müssener, U., Söderberg, E., Svensson, T., & Alexanderson, K. (2008b). Encouraging encounters: sick-listed persons' experiences of interactions with rehabilitation professionals. *Social Work in Health Care*, 46, 71-87.
- Müssener, U. (2012). Det goda motet – en viktig del i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2, 169-177.
- Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Helath/Lippincott Williams & Wilkins.

Pransky, G.S. & Dempsey, P.G. (2004). Practical aspects of functional capacity evaluations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 14, 217-229.

Rhule, D., McMahon, R. & Vando, J. (2009). The acceptability and representativeness of standardized parent-child interaction tasks. *Behavior Therapy*, 40, 393-402.

Socialdepartementet. (1982). Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Stockholm: Författaren.

Socialdepartementet. (2008). En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete. Regeringens proposition 2007/08:136. Stockholm: Författaren.

Socialdepartementet. (2010). Socialförsäkringsbalk, 2010:110. Lagen om allmän försäkring. Stockholm: Författaren.

Socialstyrelsen. (2012a). *Övergripande principer för sjukskrivning*. Hämtad 2015-01-10 från: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/overgripandeprinciperforsjukskrivning>

Socialstyrelsen. (2012b). Försäkringsmedicinsk beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning (*reviderad uppl.*). Hämtad 2015-01-10 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18728/2012-6-14.pdf>

SOU 2008:66. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av Arbetsförmågutredningen. Stockholm: Fritze.

SOU 2009:89. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Slutbetänkande av Arbetsförmågutredningen. Stockholm: Fritze.

Svensson, T., Müssener, U., & Alexanderson, K. (2006). Pride, empowerment, and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 27, 57-65.

Svensson, T., Müssener, U., & Alexanderson, K. (2010). Sickness absence, social relations, and self-esteem: A qualitative study of the importance of relationships with family, workmates, and friends among persons initially long-term sickness absent due to back diagnoses. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 37, 187-197.

Sveriges kommun och Landsting. (2011). *Generella förbud mot ljud- och bildupptagningar på sjukhus*. Hämtad 2015-04-15 från: <http://skl.se/download/18.547ffc53146c75fdec0ef4f8/1405430665392/skl-juridisktpm-fotoforbud-sjukhus.pdf>

Thordarson Weiner, K. (2014). Professionellt bemötande: Möta kunder i offentlig verksamhet (*3 uppl.*). Stockholm: Komlitt.

Thorstensson, A.C., Mathiasson, J., Arvidson, B., Heide A., & Petersson, I. (2008). Cooperation between gatekeepers in sickness insurance – the perspective of social insurance officers. A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 7, 8:231.

Tveiten, S., & Ruud Knutsen, I. (2010). *Empowering dialogues – the patientes' perspective*. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25, 333-340.

Upmark, M., Borg, K., & Alexanderson, K. (2007). Gender differences in experiencing negative encounters with helathcare: A study of long-term sickness absentees. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 577-584.

Utbildningsdepartementet (2003). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003: 460)*. Stockholm: Författaren.

Vetenskapsrådet (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2015-01-31 från <http://codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

Yin, R.K. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.

Waddell, G., & Burton Kim, A. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: The Stationery Office.

Wessel, M., Helgesson, G., Olsson, D., Juth, N., Alexanderson, K., & Lynöe, N. (2013). When do patients feel wronged? Empirical study of sick-listed patients' experiences with healthcare encounters. *European Journal of Public Health*, 23, 230-235.

Williams, R.M., & Westmorland, M. (2002). Perspectives on workplace disability management: A review of the literature. *Work*, 19, 87-93.

World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.

**Till enhetschef för Försäkringsmedicinsk Utredningsenhet i
Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken**

Jag är legitimerad arbetsterapeut som studerar inom ett magisterprogram i arbete och hälsa med inriktning mot ergonomi på Karolinska Institutet. Under våren 2015 kommer jag att skriva min magisteruppsats, en intervjustudie om den försäkrades upplevelser vid utvidgad utredning av aktivitetsförmåga.

Jag vänder mig till Dig för att få tillåtelse att kontakta klienter med anknytning till utvidgade aktivitetsförmågeutredningar. Den försäkrades deltagande i studien är frivillig och kan när som helst avbrytas utan att behöva uppge något skäl till det, konfidentialitet garanteras.

Datainsamlingen kommer att ske under perioden februari - mars 2015. Intervjuerna beräknas ta cirka 40 minuter och utförs efter läkares slutsamtal.

Det slutliga materialet kommer att redovisas skriftligt och finnas tillgängligt som ett examensarbete på Karolinska Institutet.

Önskas mer information om studiens genomförande, kontakta oss via någon av kontaktvägarna nedan.

Vänligen

Maarika Kokermäa

Legitimerad arbetsterapeut,

magisterstudent på Karolinska Institutet, Institutionen för Miljömedicin.

E-post: xxx Mobil: xxx

Handledare: Christian Ståhl, Linköpings Universitet, Institutionen för medicin och hälsa.

E-post: xxx Mobil: xxx

Godkännande

Undertecknad godkänner härmed att Maarika Kokermäa genomför datainsamling inom ramen som ovan beskrivits.

Datum och namnteckning:

.....

Madeleine Johnsson

Verksamhetschef

Vill du delta i en studie om den försäkrades upplevelser vid utredning av aktivitetsförmåga?

Jag vänder mig med denna förfrågan till personer som under perioden februari till mars 2015 har deltagit på utvidgad aktivitetsförmågeutredning i en försäkringsmedicinsk utredningsenhet.

Studien genomförs av en arbetsterapeut som arbetar med aktivitetsförmågebedömningar och studerar på magisterprogrammet i arbete och hälsa vid Karolinska Institutet.

Detta examensarbete är en intervjustudie som syftar till att undersöka och få mer kunskap om den försäkrades upplevelser vid utredningssituationen där man blir testad och bedömd av olika yrkesprofessioner.

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbryta utan att ange något skäl till det, konfidentialitet garanteras.

Din medverkan innebär att delta i en intervju som beräknas att ta cirka 40 minuter. Frågesamtalet kommer att spelas in på band och utförs i ett enskilt rum. Intervjuerna kommer att behandlas på ett sådant sätt att ingen annan än forskare kommer att ha tillgång till materialet. Efter studien kommer inspelningarna raderas och det transkriberande materialet förstöras. Allt material kommer att vara avidentifierat vid publicering så att ingen person kan identifieras.

Det slutliga materialet kommer att redovisas skriftligt och finnas tillgängligt som ett examensarbete på Karolinska Institutet.

Om du vill delta i studien, ber jag dig underteckna samtyckesblanketten.

Efter ditt godkännande av deltagandet i studien kontakter jag dig för att boka tid och plats för intervjun.

Önskas mer information om studiens genomförande, kontakta oss via någon av kontaktvägarna nedan.

Med vänlig hälsning

Maarika Kokermäa

Legitimerad arbetsterapeut,

magisterstudent på Karolinska Institutet, Institutionen för Miljömedicin.

E-post: xxx Mobil: xxx

Handledare: Christian Ståhl, Linköpings Universitet, Institutionen för medicin och hälsa.

E-post: xxx Mobil: xxx

Samtycke

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och genom min underskrift samtycker jag att delta i intervjun samt samtycker jag att intervjun spelas in på band.

Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt samt att jag när som helst och utan förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Informantens underskrift

Datum

.....

.....

Namnförtydligande

.....

Ange gärna om du önskar att bli kontaktad via e-post eller telefon.

Telefonnummer:

E-postadress:

Maarika Kokermaa

Legitimerad arbetsterapeut,

magisterstudent på Karolinska Institutet, Institutionen för Miljömedicin.

E-post: xxx Mobil: xxx

Handledare: Christian Ståhl, Linköpings Universitet, Institutionen för medicin och hälsa.

E-post: xxx Mobil: xxx

Bilaga 4 Intervjuguide

Av vilken orsak har du varit sjukskriven? (psykiska, muskuloskeletala, somatiska besvär)

Hur länge har du varit sjukskriven (180 dagar, 365 dagar, länge)?

I vilken omfattning har du varit sjukskriven (hel-, deltid)?

Har du varit sjukskriven från ett arbete?

Om ja, vilket?

Hade du förstått informationen från Försäkringskassan om varför du skulle göra en aktivitetsförmågeutredning?

Gav läkaren dig relevant och tydlig information om utredningens syfte?

Vilka yrkesprofessioner, utöver läkare, har medverkat i utredningen?

(sjukgymnast, psykolog, arbetsterapeut)

Hur har du blivit bemött i dessa kontakter?

Har personalen bemött dig med respekt?

Lyssnade de aktivt på dig?

Kunde du ställa frågor och fick du svar på dina frågor?

Upplevde du att personalen tog sig tid och engagerade sig i ditt fall?

Kände du dig trodd och tagen på allvar?

Upplevde du att utredaren utövade makt över situationen?

Förekom det situationen där du kände dig kränkt eller sårad?

Kände du förtroende för de olika yrkeskategoriernas kompetens under bedömningstillfällena?

Fick du tydliga instruktioner?

Kände du dig trygg under utförandet av testerna?

Ställde personalen lagom höga krav?

Blev du stöttad och uppmuntrad vid genomgång av uppgifterna?

Vad gjorde dig delaktig under utredningen?

Har du under testtillfällena och observationer kunnat ge en rättvisande bild av dina fysiska, psykiska och sociala resurser och hinder?

Om inte, vad har du inte kunnat förmedla?

Fick du möjlighet att diskutera testresultat?

Vad tycker du om informationen som du fick efter utredningen?

Fick du förståelse för vad som uttrycktes i det skriftliga utlåtandet?

Anser du att den slutliga bedömningen av din aktivitetsförmåga stämmer med din egen uppfattning?

Upplever du att aktivitetsförmågebedömningen är ett bra underlag för

Försäkringskassan att bedöma din arbetsförmåga?

Hur ser du skillnaden mellan dessa begrepp?

Hur bedömer du själv din arbetsförmåga?

I relation till tidigare arbete?

I relation till andra arbeten på arbetsmarknaden?

Hur upplever du dina möjligheter att återgå till eller skaffa ett nytt arbete?

Har bemötandet från utredande läkare och andra vårdprofessioner påverkat din motivation att återgå till arbete?

Upplevde du att din motivation att arbeta blev ifrågasatt?

Finns det något mer som du vill ta upp och prata om eller annat du vill tillägga?

Bilaga 5 Exempel på innehållsanalys.

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Under-kategorier	Kategorier
Hen hade tänkt göra fler uppgifter men då såg hen att jag hade svårare att andas... men bara att ta en paus då fortsätter vi... då hen tyckte att jag behövde det... hen var väldigt pedagogisk, jag vet ju att jag pratar så fort, hen fick anpassa.	Får ta en paus om inte orkar med uppgiften, utredaren är pedagogisk och anpassar sig	Att känna sig omhändertagen. Pedagogiskt sätt med anpassning.	Pedagogiskt förhållnings-sätt	Upplevelser av utvidgade bedömningsinsatser
Jag förstod vad jag ska göra, jag ville göra, jag kan inte göra alla ... Jag kände jag orkar inte... hen tittade, hen skrev, hen frågade hela tiden, hen förklarade ... förstod mig.	Förstår instruktioner, vill göra men orkar inte, känner sig förstörd, utredaren antecknar, frågar och förklarar	Att känna sig förstörd och delaktig. Dialogen, anteckningar.		
Jag såg inte det som riktiga arbetsuppgifter, att sortera post... inget fel med det, men jag förstod inte. Vadå att beställa en klämma eller nål, är jag dum i huvudet... men hen var både psykologisk och pedagogisk.	Förstår inte meningen med uppgiften, uppskattar det pedagogiska sättet i bemötandet.	Information. Pedagogiskt bemötande.		
Ja, jag tyckte att det är enkelt att lägga posten i facken men sedan efter ett tag var jag tvungen att sätta mig, det gick inte, det värkte i fingrarna.	Man klarar inte en enkel uppgift på grund av framkommande smärta	Besvären framkommer oavsett testens enkelhet	Uppfattningar om testsituationer	
Hade jag gjort det senare på dagen, då hade det varit ännu jobbigare. Så att det beror på när man gör testerna.	Senare på dagen hade testerna varit svårare att utföra	Testresultatet beror på tidpunkten		
Jag tyckte att sjukgymnasternas tester var bra men vissa moment var för korta för att det ska hinna ge utslag för just mig.	Bra tester men under så kort tid kommer inte alla besvär fram	Testtillfällena är för korta		
Det skulle ju vara bra i samma veva om man tittar på det som man inte kan om man tittar på det som man faktiskt klarar... så ser det inte riktigt ut hos de man träffar.	Titta både på resurser och hinder samtidigt, Det ser inte ut så hos utredare.	Se både resurser och hinder		
Det tänkte ju jag inte berätta, om någon inte frågar eller om det inte kommer fram hos arbetsterapeuten. Men sedan när man ska läsa posten, då kommer jag på, för jag såg ju inte vad där stod. Jag tycker att det är bra att man blandar ihop praktiskt med frågor.	Besvären som man inte har tagit upp, framkommer vid testsituationen, bra att man blandar den praktiska med frågeställningar	Besvären framkommer. Blanda praktiska med frågeställningar		
... det är det att jag måste försvara mig, hen ifrågasatte ju hela tiden... // ... Och hen sa mig så här att det är mitt jobb att formulera det här, nu har jag lyssnat hur du mår... och liksom ... vad mer kan jag göra.	Behovet av att försvara sig fram. Osäker över utredningens beslut, måste lita på formuleringar.	Lita på läkares formuleringar vid osäkerhet av beslutet.	Bedömnings rättvishet	
Så man ser ju också olika sätt eftersom det är tre olika personer, tre olika uppfattningar dem har, så att det, jag tycker att det var positivt... i efterhand så säger jag ju det. Även att det har varit tufft och jobbigt.	Flera personers bedömning leder till gemensamma beslut som uppfattas positivt efteråt.	Teamets gemensamma beslut uppfattas positivt.		
Jag tycker det var helt rimligt. Hen läste upp vad de har skrivit, det stämmer ju liksom väldigt väl överens med hur min situation är. De kommer fram till samma sak allihop till slut förstår jag. ...//... Man hittar inte på, utan det är som det är.	Genomgången av utlåtandet som överensstämmer den försäkrades situation. Alla professioner kommer till lika beslut.	Teamets beslut överensstämmer med egen uppfattning		